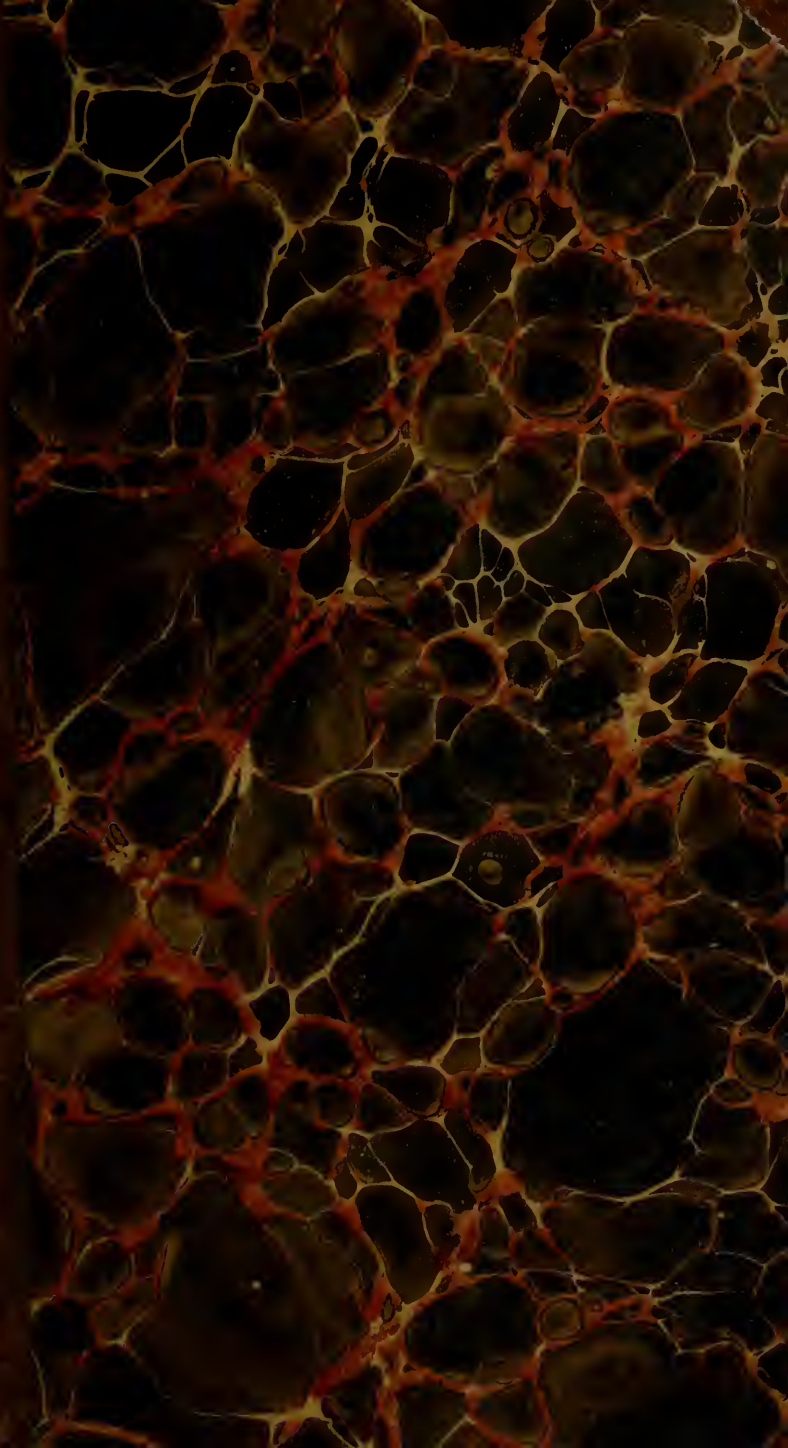


PRESENTED

TO

THE UNIVERSITY OF TORONTO

BY

THE UNIVERSITY OF STRASSBURG,

GERMANY.

JANUARY 10TH, 1891

DE LA

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

TOME II.

MS.
S.

DE LA

MÉDECINE OPÉRATOIRE;

PAR M. SABATIER,

CHIRURGIEN-CONSULTANT DE S. M. L'EMPEREUR ET ROI;

Chirurgien en chef à l'Hôtel impérial des Militaires invalides; Membre de la Légion-d'Honneur, de l'Institut de France, et de plusieurs Académies nationales et étrangères; Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

SECONDE ÉDITION,

Entièrement refondue, augmentée, présentée sous un ordre nouveau, revue, corrigée par l'auteur, et ornée de son portrait.

TOME SECOND.

A PARIS,

Chez L'HUILLIER, libraire, rue des Mathurins-Saint-Jacques, N.° 3 bis.

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE.

1810.

31128
3V.

TABLE
DES ARTICLES
CONTENUS
DANS LE TOME SECOND.

SUITE DE LA SECTION TROISIÈME.

Des Tumeurs formées par des humeurs excrémentitielles retenues dans leurs organes excréteurs..... *page* 1

De la Tumeur lacrymale..... ibid
De la Tumeur salivaire, ou *de la Grenouillette*..... 19
De la Tumeur biliaire..... 30
De la Tumeur urinaire..... 42
Des Tumeurs sébacées..... 85
Des Tumeurs synoviales..... 96

Des Tumeurs faites par la graisse..... 98

Des Tumeurs faites par le pus..... 100

Des Abcès phlegmoneux..... 101
Des Abcès situés au dessous des tégumens..... ibid
Des Abcès du cerveau..... 105

Des Abcès des yeux..... 106
Des Abcès du sinus maxillaire..... 119
Des Abcès de la bouche et de la gorge..... 121
Des Abcès des mamelles..... 122
Des Abcès de la poitrine..... 123
Des abcès du foie..... 136
Des Abcès érysipélateux..... 148
Des Abcès rhumatismaux..... 149
Des Abcès critiques..... 154
Des Abcès métastatiques..... 155
Des Abcès causés par la présence de corps étrangers.... 157
Des Abcès causés par l'effusion d'une liqueur excrémentitielle..... 158
De l'Abcès lacrymal..... ibid
De l'Abcès biliaire..... 159
Des Abcès stercoraux..... 160
Des Abcès urinaires..... 179

Des Tumeurs faites par l'engorgement des parties molles..... 183

Des Tumeurs fongueuses..... ibid
Des Fongosités de la dure-mère..... ibid
De l'Enchantis..... 188
Du Ptérigion..... 190
Du Staphylôme..... 191
Des Polypes du nez et de la gorge..... 194
Des Polypes du sinus maxillaire..... 222
Des Polypes des oreilles..... 226
De l'Épulis..... 227

De l'Exubérance des amygdales..... 229
De la Tuméfaction et du Prolongement de la luette... 238
Des Polypes de la matrice et du vagin..... 242
Des Tumeurs squirreuses et carcinomateuses..... 261
Du Cancer à l'œil..... 263
Du Cancer aux lèvres..... 270
Du Cancer aux mamelles..... 276
Du Cancer au testicule..... 293
Du Cancer de la verge..... 303

Des Tumeurs faites par le déplacement des parties molles..... 309

De la Procidence de l'iris..... ibid
De la Hernie du poumon..... 311
Des Hernies du ventre..... ibid
Des Hernies inguinales..... 313
De la Hernie inguinale entérocèle..... 315
De la Hernie inguinale épiplocèle..... 395
De la Hernie inguinale entéro-épiplocèle..... 402
De la Hernie crurale..... 404
De la Hernie ombilicale..... 411
De la Hernie du trou ovalaire..... 418
De la Hernie ischiatique..... 422
De la Hernie vaginale..... 425
De la Hernie du périnée..... 430
De la Hernie ventrale..... 434
De la Hernie de la matrice..... 438
De la Hernie de l'estomac..... 441
De la Hernie de vessie..... 449

Des Déplacemens de la matrice et du vagin..... 459
De la Descente de la matrice..... ibid
Du renversement de la matrice..... 469
De la Rétroversion de la matrice..... 480
Du Renversement du vagin..... 486
De la Chute du fondement..... 489

FIN DE LA TABLE DU TOME SECOND.

DE LA

MÉDECINE OPÉRATOIRE.

SUITE DE LA SECTION TROISIÈME.

DES TUMEURS FORMÉES PAR DES HUMEURS EXCRÉMENTITIELLES RETENUES DANS LEURS ORGANES EXCRÉTEURS.

Ces tumeurs sont, la tumeur lacrymale, la tumeur salivaire ou la grenouillette, la tumeur biliaire, la tumeur urinaire, les tumeurs sébacées, et les tumeurs synoviales ou ganglions.

De la Tumeur lacrymale.

La tumeur lacrymale porte encore les noms d'hydropisie et de hernie du sac lacrymal, parce qu'elle est formée par la congestion ou par l'amas des larmes dans ce sac, qui paraît être sorti du lieu qu'il a coutume d'occuper. Cette tumeur a son siége au grand angle de l'œil : elle est circonscrite et sans changement de couleur à la peau : le volume en est peu

considérable. Pour l'ordinaire elle ne cause d'autre incommodité qu'un peu de gêne dans le mouvement des paupières et du globe de l'œil. Quand on la comprime avec le doigt, elle se vide tantôt par les points lacrymaux, et tantôt en même temps par le canal nasal, le long duquel le malade s'aperçoit qu'une partie de l'humeur qui y était contenue coule dans les narines. Cette humeur est sans couleur et limpide, ou d'une consistance qui approche de celle du blanc d'œuf, et quelquefois de couleur blanche et comme purulente. La tumeur, après avoir disparu quelque temps, se remplit bientôt, ce qui arrive plus ou moins promptement, suivant que les yeux du malade sont plus ou moins humides, et arrosés d'une quantité de larmes plus ou moins grande. Elle reparaît moins vite pendant le sommeil, sans doute parce que l'excrétion des larmes, qui n'est pas sollicitée par le mouvement des paupières, n'est point aussi abondante que pendant la veille. Enfin la tumeur lacrymale reste quelquefois dans le même état, et sans pouvoir être vidée, lorsque les parois du sac lacrymal sont fort engorgées et durcies.

Cette maladie est presque toujours produite par la congestion des larmes qui ne peuvent tomber dans les narines à raison de l'obstruction du canal nasal, soit que les parois de ce canal aient contracté de l'épaississement, ou que l'ouverture qui le termine se soit rétrécie, ou que l'humeur lacrymale ait ac-

quis plus de consistance qu'à l'ordinaire ; mais il y a des tumeurs lacrymales qui reconnaissent une autre cause. Lorsqu'au lieu de laisser échapper l'humeur qu'elles renferment par les points lacrymaux, ou par le canal nasal, ou par l'une ou par l'autre de ces deux voies, cette humeur y est constamment retenue, ou qu'elle ne s'écoule que par les narines, et que la maladie est compliquée de l'obstruction et de l'oblitération complète des conduits et des points lacrymaux, elle ne peut être formée que par l'amas de l'humeur qui suinte des parois du sac lacrymal et du canal nasal. Cette espèce de tumeur lacrymale est peu connue, et l'on n'en trouve qu'un petit nombre d'exemples. Anel et Jean-Louis Petit sont les seuls qui en aient fait mention. Anel dit l'avoir observée sur une femme chez laquelle on n'apercevait aucune trace des points lacrymaux. La compression qu'on exerçait dessus en faisait sortir une humeur qui coulait dans les narines ; il n'y avait pas de larmoiement. Cette maladie parut fort extraordinaire, et fut montrée au célèbre Duverney. Anel ne dit pas quel en fut l'événement.

Jean-Louis Petit a vu trois fois la maladie dont il est question. Le sujet de la première observation est une femme qui avait eu la petite-vérole douze ans avant. Plusieurs pustules s'étaient jetées au voisinage du grand angle de l'œil, et sur le dedans des narines qui étaient restées long-temps sèches. Il y avait d'a-

bord eu du larmoiement, que l'on avait tenté de guérir sans y réussir : il survint dans la suite une tumeur qu'il ne fut pas possible de réprimer par un bandage compressif. Quelque temps après, la malade sentit du pus tomber dans la narine du même côté, et la tumeur se vida, mais elle reparut le lendemain. Au bout de douze ans, cette tumeur, qui s'était dissipée depuis quelque temps, revint aussi grosse que dans le commencement; elle s'enflamma avec douleur quelques jours après; elle se vida en partie par le point lacrymal inférieur qui s'était débouché, et duquel on voyait sortir du pus. Cette maladie fut guérie par l'incision du sac lacrymal, et par l'usage de bougies portées dans le canal, lesquelles rendirent à ce canal ses premières dimensions.

La seconde personne que Jean-Louis Petit ait vue attaquée de tumeur lacrymale, avec obstruction totale des conduits et des points lacrymaux, est un jeune homme de vingt ans, qui avait eu la petite-vérole à l'âge de quatorze ; il portait depuis ce temps au grand angle de l'œil une tumeur grosse comme une aveline, laquelle ne se vidait ni par le nez, ni par les points lacrymaux, et qui devenait assez souvent enflammée et douloureuse. Petit conseilla de la vider par une incision, afin de faire cesser la difformité qu'elle occasionnait, et de prévenir les accidens auxquels le malade était sujet ; il en sortit de véritable pus sans odeur. Le dedans du sac était vermeil. La

suppuration qui survint en procura bientôt le dégorgement; et le malade guérit, au larmoiement près, ainsi qu'il avait été prévu d'avance.

Le troisième malade est une dame à qui la tumeur lacrymale ne vint point à la suite de la petite-vérole, mais après une inflammation accompagnée d'un larmoiement abondant. Cette tumeur ne se vidait ni par les paupières, ni par le nez. Elle resta huit ans dans cet état, après quoi elle devint douloureuse et plus grosse qu'à l'ordinaire. Elle se vida, puis se remplit. On y sentait une fluctuation accompagnée d'un gargouillement semblable à celui que produirait de l'air mêlé avec de l'eau, ce qui fit voir que le canal nasal s'étant débouché, l'air y entrait avec facilité. La malade ne voulut d'abord y rien faire, parce qu'elle n'y sentait plus de douleurs. Mais la difformité que cette tumeur lui occasionnait la détermina à souffrir qu'on y pratiquât une incision, qui eut le même succès que dans les cas précédens.

Lorsque la tumeur lacrymale plate est d'un volume peu considérable, et qu'elle n'est point accompagnée d'un larmoiement abondant et de rougeur aux paupières, elle n'exige d'autres soins que l'attention de la vider de temps en temps, afin d'empêcher l'altération de l'humeur qu'elle contient, et de prévenir la trop grande distension du sac lacrymal et l'inflammation ou la crevasse de ses parois. Mais lorsqu'elle devient fort grosse, que les yeux sont conti-

nuellement baignés de larmes, et que le dedans des paupières s'enflamme, il faut remédier à cette maladie par quelqu'un des moyens connus.

Le plus ancien est l'application d'un bandage compressif, dont la première idée paraît être due à Fabrice d'Aquapendente. Ce bandage, composé de deux bandes d'acier qui se croisent à leur partie moyenne, et dont la courbure répond à la convexité de la partie supérieure de la tête, porte antérieurement une branche mobile qui se joint à la branche fixe par une charnière, et qui s'abaisse à volonté, au moyen d'une vis qui traverse un écrou dont la branche fixe est percée à son extrémité. Au bout de cette branche mobile qui est courbée de manière à s'appliquer sur le front, et à porter par en bas sur le grand angle de l'œil, se trouve une petite plaque, que l'on garnit d'une pelote couverte d'un morceau de chamois très-fin, et qui doit appuyer sur la tumeur lacrymale. Le reste du bandage est couvert d'étoffe, et les trois autres bandes sont terminées inférieurement par des rubans au moyen desquels on le fixe sur la tête du malade. D'autres le construisent avec un cercle d'acier ovale, couvert de taffetas, et qui peut se cacher sous les cheveux. Le milieu de ce cercle porte sur la partie supérieure du coronal, et ses deux extrémités, dont une est garnie d'un bouton, et l'autre percée de trois ou quatre trous rangés sur une même ligne, se fixent sur l'occipital en faisant

entrer le bouton de l'une dans un des trous de l'autre. De la partie antérieure et moyenne de cet instrument descend une branche d'argent, courbée et garnie d'une plaque qui doit appuyer plus ou moins sur le grand angle de l'œil, au moyen d'un ressort d'acier long de cinquante-quatre millimètres, fixé supérieurement au même endroit, et dont l'autre bout vient appuyer sur la partie antérieure de cette branche.

Quelle que soit la construction du bandage dont on vient de parler, il est très-rare qu'il porte avec assez d'exactitude pour empêcher la tumeur de se remplir. Dans la vue de remédier à cet inconvénient, on a fait la pelote qui le termine avec de la charpie, de la cire, du linge ciré, du plâtre, et d'autres substances qui pussent mieux s'accommoder à la figure de la partie. Mais il n'en a pas plus d'efficacité. La compression qu'il exerce n'agit que sur le sac lacrymal. Elle en rapproche les parois sans débarrasser le canal nasal dont l'obstruction est la cause de la maladie. J. L. Petit avait pensé qu'on obtiendrait en même temps cet effet, en faisant construire le bandage de manière que la pelote étant plus élevée du côté de l'œil que de celui du nez, elle appuyât principalement sur les conduits lacrymaux, et forçât la liqueur à couler le long du canal nasal : mais il n'a pas tardé à s'apercevoir que cet instrument nuisait à l'œil sans rien faire pour la maladie, et il y a renoncé. Quelques-uns cependant se sont bien trouvés

de l'usage de ce bandage; mais s'ils ont été débarrassés de la tumeur lacrymale qu'ils portaient, ce n'a pas été pour long-temps, car cette tumeur est revenue, ou il leur est resté un larmoiement incurable. En effet, une compression permanente endurcit les parois du sac lacrymal et les rend calleuses. Quelquefois elle en occasionne la cohésion, et donne lieu à celle des conduits lacrymaux. Quand les parois du sac se durcissent, le mal, qui paraît guéri, ne tarde pas à revenir, parce que, l'obstruction du canal nasal subsistant toujours, il se fait un nouvel amas de larmes qui est suivi de relâchement et de tuméfaction. Quand ces parois se collent ou que cela arrive aux points lacrymaux, les larmes ne peuvent plus se rassembler dans le sac, mais il survient un larmoiement plus ou moins abondant. J. L. Petit a connu une dame que ce larmoiement n'incommodait que l'hiver, temps auquel les larmes se séparent et coulent en plus grande quantité que dans les autres saisons de l'année.

La méthode d'Anel a succédé à l'usage où l'on était de comprimer la tumeur lacrymale avec un bandage approprié. Cette méthode vraiement ingénieuse, et dont la plupart de celles qui sont venues depuis ne sont que des applications, consiste à déboucher les voies lacrymales engorgées avec un stylet boutonné que l'on y pousse de haut en bas par l'un des points lacrymaux, et à y faire ensuite des injections par la

même voie, pour les débarrasser de l'humeur qu'elles contiennent, faire dégorger leurs parois et en rétablir le ressort. Anel s'en servit pour la première fois sur une femme d'un rang très-distingué, attaquée d'une tumeur lacrymale. La réussite qu'elle lui procura lui attira les plus grands éloges. Ce chirurgien en donna la description dans un Traité sur la fistule lacrymale qui parut en 1716, après avoir été présenté à l'Académie des Sciences de Paris.

Nul autre, avant Anel, n'avait essayé de dissiper les embarras qui se forment dans les voies lacrymales, en y poussant une sonde et en y faisant passer des injections. Mais Stenon et Staalh avaient sondé ces voies avant lui, le premier sur les cadavres des brutes, sans doute pour mieux connaître la marche; le second, dans la vue de diriger une incision qu'il se proposait de faire au sac lacrymal. Quoi qu'il en soit, Heister, qui a fait plusieurs fois usage de la méthode d'Anel, dit avoir guéri par son moyen des tumeurs lacrymales dans l'espace de quatre à cinq jours. Il la croit applicable aux fistules lacrymales compliquées de carie, et se rappelle en avoir traité une de cette espèce dont une petite fille de onze ans était attaquée, par des injections continuées sans interruption pendant six mois. Monro en a aussi fait usage avec beaucoup de succès. La liqueur dont il se servait était de l'eau de chaux dans laquelle il faisait délayer un peu de miel, à quoi il ajoutait, sur la fin du trai-

tement, de l'eau-de-vie, du vin ou quelque eau ferrugineuse. D'autres ont injecté de l'eau rose animée de quelques gouttes d'alkool camphré, de l'eau d'orge miellée, à laquelle ils avaient mêlé une très-petite quantité de collyre de Lanfranc, une légère infusion d'iris de Florence ou d'aristoloche, aussi avec du miel. Quelques-uns se sont contentés, dans des cas simples, d'instiller entre les paupières quelques gouttes d'un collyre approprié, tel que la solution de quatre grammes d'huile de camphre dans un demi-litre d'eau chaude. Ledran recommande pour le même usage les eaux de Balaruc, que l'on sait ne contenir d'autre principe qu'une petite quantité de muriate de soude.

La sonde qui sert à déboucher les voies lacrymales doit être fort mince à l'une de ses extrémités, et terminée par un bouton de forme olivaire, et devenir de plus en plus épaisse par l'autre, afin d'avoir assez de force pour ne point se replier sur elle-même dans le long trajet qu'elle doit parcourir. La seringue dont on se sert ensuite doit non-seulement être fort petite, mais être garnie d'un syphon dont le calibre soit proportionné à la petitesse des points et des conduits lacrymaux. Pour en faire usage, le chirurgien fait asseoir le malade entre ses jambes sur un siége fort bas, et, lui renversant la tête en arrière, il ouvre les paupières en les tirant légèrement vers les tempes. Le conduit lacrymal supérieur, qui est le plus oblique des deux, est le plus propre à recevoir la sonde, et l'inférieur,

dont la direction est plus transversale, transmet mieux les injections. D'ailleurs, comme la paupière inférieure est la moins mobile, et que la main du chirurgien trouve un point d'appui sur la joue du malade, il est plus facile d'y faire rester le syphon de la seringue pendant tout le temps nécessaire à cette opération.

Quand on veut introduire la sonde ou le syphon, il faut se rappeler que les conduits lacrymaux, après avoir parcouru le bord interne des paupières, se coudent, le supérieur de haut en bas, et l'inférieur de bas en haut, avant de se terminer sur l'extrémité des cartilages tarses. Cela posé, il faut que la sonde soit d'abord poussée presque perpendiculairement de bas en haut, après quoi on la dirige obliquement de dehors en dedans, et de haut en bas. De même, le syphon de la seringue, après avoir pénétré presque perpendiculairement de haut en bas, doit être tourné de de hors en dedans et de bas en haut. Lorsque la sonde est une fois engagée dans le conduit lacrymal supérieur, on cesse de tirer, afin de relâcher les parois de ce conduit, et, tournant légèrement l'instrument entre les doigts, on le fait pénétrer dans le conduit lacrymal qu'il traverse obliquement de haut en bas et de dehors en dedans. Il doit être poussé sans violence, jusqu'à ce que le chatouillement que le malade éprouve dans les narines montre que l'on est parvenu à la partie la plus basse du canal nasal. Il

n'est pas moins nécessaire de cesser de tirer la paupière inférieure, quand le syphon de la seringue est introduit dans son conduit lacrymal. Les injections que l'on pousse dans ce conduit doivent aussi être faites avec précaution. Si le malade s'aperçoit que la liqueur s'écoule par bas et qu'elle soit prête à tomber dans le nez, c'est une preuve que l'obstruction est légère, et que les voies que la nature a préparées aux larmes sont disposées à reprendre leurs fonctions; mais il faut alors faire pencher la tête du malade en devant, de peur que la liqueur ne lui coule dans la gorge et ne l'excite à tousser. Ces injections doivent être répétées deux fois par jour, et continuées aussi long-temps que la maladie paraît l'exiger.

On ne peut disconvenir que la méthode d'Anel ne puisse être utile dans les cas simples, et dans lesquels il n'y a que de l'engouement dans les voies lacrymales. Mais si elles sont véritablement obstruées, ou que des chairs fongueuses remplissent la capacité du canal nasal, comment espérer de les déboucher avec un instrument aussi peu capable d'efforts que la sonde que l'on y emploie ? Alors il faut avoir recours à des moyens plus efficaces.

Un des meilleurs est d'y porter une sonde solide par l'extrémité inférieure du canal nasal, et d'y faire ensuite des injections avec une sonde creuse, introduite par le même endroit, suivant le procédé imaginé par Laforest, chirurgien de Paris. L'idée de ce

procédé n'était pas nouvelle lorsque Laforest en fit publiquement des essais sur des cadavres en 1759. Bianchi l'avait eue dès 1715. Il avait fait imprimer à ce sujet une lettre que Manget a insérée dans son Histoire anatomique. Ce professeur sondait le canal nasal par le nez, et il pensait qu'on pourrait se servir d'une sonde creuse, au moyen de laquelle on y ferait des injections. Morgagni l'a repris dans ses sixièmes Adversaires sur la disposition qu'il attribuait à ce canal. Il a de plus fait entrer dans le chapitre où il traite ce sujet des observations desquelles il résulte qu'on ne peut sonder le canal nasal par le nez, sans s'exposer à des tâtonnemens incommodes et douloureux, à des irritations et à des déchiremens de la membrane pituitaire, à des fractures du cornet inférieur et à des fausses routes. Depuis ce temps, Lafaye a dit, à l'occasion de la méthode d'Anel, que peut-être il serait plus avantageux de sonder le canal nasal par sa partie inférieure, s'il était possible d'y réussir.

Laforest ne dissimule pas que ce passage du célèbre commentateur de Dionis lui a tracé la route qu'il a suivie. Il convient aussi qu'après avoir d'abord trouvé assez de facilité à pratiquer l'opération dont il s'agit, il s'est ensuite aperçu que plusieurs obstacles s'opposaient à sa réussite. Ces obstacles viennent des variétés qu'on rencontre dans la disposition du canal nasal, du degré d'altération que ce canal nasal a pu éprouver, des proportions à trouver

entre lui et la sonde, de la situation du sac et de la courbure du cornet inférieur du nez, et de la position de la cloison des narines, qui est quelquefois tellement inclinée, qu'elle presse l'un des cornets, et qu'elle l'applique pour ainsi dire sur la partie à laquelle il répond. Mais, lorsque la nature en est connue, on y remédie aisément, à moins que l'obstruction ne soit totale, ce qui est arrivé dans un cas de fistule très-compliquée, où on ne put passer la sonde dans le canal nasal, ni de haut en bas, ni de bas en haut.

Certain de réussir dans le plus grand nombre des cas, Laforest n'hésita pas à communiquer sa méthode à ses confrères, et à s'en servir sur des personnes attaquées de tumeurs lacrymales. Cette méthode n'exige qu'un petit nombre d'instrumens simples, tels que des sondes pleines de différente grosseur, et proportionnées au diamètre du canal, une sonde percée d'un œil à son extrémité à la manière des aiguilles, des sondes ou des algalies courbées, ainsi que des sondes pleines, à peu près comme celles qu'on emploie pour la vessie, et une seringue terminée par un syphon court, courbé et garni d'une espèce de bourrelet. Si la maladie est causée par l'altération du canal nasal, et que cette obstruction ne permette pas l'introduction d'une des algalies qui ont peu de solidité, il faut se servir d'une sonde pleine, qui sera laissée pendant quatre à cinq jours, après lesquels on lui substituera une algalie.

Pour l'introduire, on fait asseoir le malade sur une chaise médiocrement élevée, et on lui fait tenir la tête par un aide. Le chirurgien, assis sur un siége plus haut, et vis-à-vis du malade, prend la sonde par une de ses extrémités, et porte l'autre dans la narine, de manière à l'engager au dessous du cornet inférieur. Quand elle y est parvenue, il lui fait faire un demi-tour assez semblable à celui par lequel on pousse une algalie dans la vessie urinaire, et tel que le bout intérieur de cette sonde glisse de bas en haut et de dehors en dedans, et que son bout extérieur se porte en bas et légèrement en dehors. Il ne reste plus alors qu'à lui faire faire une espèce de bascule, et à l'enfoncer dans la direction qu'on lui a donnée, jusqu'à ce qu'on se soit assuré par le toucher, qu'elle est parvenue jusqu'au bord de l'orbite, et qu'elle a parcouru toute la longueur du canal nasal.

Lorsqu'on a pu introduire une algalie, on la laisse en place, et on s'en sert pour faire journellement et plusieurs fois chaque jour des injections, dont on continue l'usage aussi long-temps que cela paraît nécessaire. Mais si le sac lacrymal n'est qu'engorgé, ou même élevé, sans obstruction du canal nasal, il est inutile de se servir de la sonde pleine. On se contente alors de faire les injections à l'aide d'une sonde creuse, et le mal est bientôt guéri, sans qu'il soit nécessaire de recourir à aucune autre opération.

Ce cas est un de ceux où on peut présumer qu'Anel réussissait le plus ordinairement.

Laforest ne borne pas l'usage de sa méthode à la tumeur lacrymale qui est sans complication; il la croit propre au traitement de cette maladie, lors même que les parois du sac lacrymal ont été en partie détruites, et que l'os onguis ou l'apophyse montante de l'os maxillaire sont attaqués de carie; et cela paraît d'autant plus vraisemblable, qu'il y a des exemples où des injections faites par les points lacrymaux, suivant la méthode d'Anel, ont réussi dans ces sortes de cas. D'ailleurs Laforest en rapporte deux dans lesquels il a employé ses procédés avec succès. Il pense aussi qu'ils conviennent aux fistules lacrymales, et qu'il suffit que l'on ait détergé les ulcérations intérieures, favorisé l'exfoliation des portions d'os altérées, surtout que l'on ait débouché le canal nasal, et rendu libre le cours naturel des larmes, pour obtenir la guérison de cette dernière maladie. Cependant il veut que l'on commence par placer un séton.

Pour cela, on porte une sonde terminée en manière d'aiguille dans le canal nasal, et on l'y fait monter de bas en haut, jusqu'à ce que son extrémité sorte par l'ouverture des tégumens; après quoi on y passe un ou plusieurs brins de fil que l'on fait descendre, et que l'on tire de haut en bas avec la sonde. Laforest a fait usage de ce moyen sur deux

malades avec un succès frappant. Le premier était une demoiselle qui avait une tumeur lacrymale qui lui paraissait susceptible de guérir par des injections. Un de ses confrères s'y opposa, et dit qu'il fallait absolument que les tégumens et le sac fussent incisés. Cette opération n'ayant pas réussi, parce que l'ouverture était trop petite, Laforest se servit du séton pour compléter la cure. Le second malade avait une fistule compliquée de carie à l'os onguis et à l'os maxillaire, et d'ouverture à la membrane pituitaire : le séton fut employé pendant quinze jours, après quoi on se contenta de laisser dans le canal une sonde, au moyen de laquelle on faisait journellement des injections. De cette manière la carie s'exfolia, l'ouverture qui communiquait dans la narine se trouva bouchée, et l'ulcère extérieur se détergea et se cicatrisa.

On peut mettre au nombre des moyens propres à la guérison de la tumeur lacrymale l'usage des fumigations émollientes, détersives, balsamiques ou astringentes, suivant l'état de la maladie. Louis est le premier qui les ait proposés dans des Réflexions sur l'opération de la fistule lacrymale, imprimées parmi les mémoires de l'Académie de Chirurgie. La facilité que quelques fumeurs ont de faire sortir la fumée de tabac par les points lacrymaux lui a suggéré l'idée d'en conseiller l'usage ; il y a aussi été déterminé par l'exemple d'une demoiselle incommodée de tumeur lacrymale, chez qui le sac lacrymal se rem-

plissait d'air chaque fois qu'elle faisait effort pour se moucher.

Ce moyen a été employé avec succès par Monlac, ancien chirurgien-major de Butta-Fuoco, et depuis chirurgien aide-major des hôpitaux de Corse, sur deux personnes attaquées de fistules lacrymales ouvertes. La première était une demoiselle âgée d'environ dix-neuf ans, dont la maladie avait commencé cinq ans auparavant, à la suite de la petite-vérole. Monlac voulut l'opérer suivant la méthode de Méjan; mais, n'ayant pu réussir à passer la sonde à travers les voies lacrymales, il se détermina à essayer des fumigations faites avec une décoction d'herbes émollientes, dont la vapeur était dirigée vers les narines du côté malade, au moyen d'un entonnoir. Le dégorgement fut tel, qu'au bout de trente jours on voyait cette vapeur sortir par les points lacrymaux, et se répandre sur les joues de la malade. Le vin dont on fit usage ensuite compléta la cure en moins de trois mois. La seconde personne, âgée de onze ans seulement, n'était incommodée de la fistule que depuis deux; elle avait une ophtalmie habituelle qui la faisait beaucoup souffrir. Les remèdes internes, joints aux fumigations, la guérirent en deux mois. Monlac ajoute qu'un chirurgien de sa connaissance fort employé, qui depuis long-temps avait pris l'habitude d'opérer suivant la méthode de Méjan, s'était aussi servi plusieurs fois de fumigations avec succès.

Ces observations vraiment neuves présentent des détails fort intéressans, et elles mériteraient d'être publiées.

Enfin, si aucun des procédés qui viennent d'être exposés ne réussit à procurer la guérison des tumeurs lacrymales, il faut avoir recours à ceux qui conviennent au traitement de la fistule lacrymale.

De la Tumeur salivaire, ou *de la Grenouillette.*

La tumeur salivaire se forme au dedans de la bouche, au dessous de la langue et près son ligament antérieur. Dans les commencemens elle est molle, en quelque sorte transparente, et présente au milieu de sa partie la plus élevée une fluctuation qui est plus ou moins marquée. Dans cet état, elle ne cause pas de douleur et ne gêne presque pas les mouvemens de la langue; mais, si elle devient plus grosse, elle cause beaucoup d'incommodités, et nuit surtout à l'action de parler. Dans la suite, lorsqu'elle a pris un accroissement plus considérable encore, le malade ne rend plus que des sons mal articulés, que l'on a comparés assez mal à propos au bruit que forment les grenouilles, ce qui a fait donner le nom de grenouillette à la tumeur dont il s'agit. On en a vu quelques-unes devenir aussi grosses que des œufs de dinde, et plus, soulever et porter la langue de côté, occuper une grande partie de la cavité de la bouche,

jeter les dents incisives et canines en dehors, abaisser le plancher inférieur de la bouche, et se porter au dessous du menton. Alors elles sont douloureuses, et peuvent être compliquées d'inflammation, de fièvre et de suppuration.

La nature de la grenouillette a été long-temps méconnue. Celse l'a prise pour un abcès d'une nature particulière, en quoi il a été suivi par Ambroise Paré. Ils ignoraient l'existence du conduit excréteur des glandes maxillaires, lequel a été décrit pour la première fois par Warthon, dans son traité d'Adénographie, publié en 1654 ou 1655. Mais comment excuser Fabrice d'Aquapendente d'avoir rangé la grenouillette parmi les tumeurs enkystées, et de l'avoir confondue avec le mélicéris, lui qui devait connaître le conduit dont il s'agit? Munnicks, qui écrivait à peu près dans le même temps, ne s'y est point mépris. Il a connu que la grenouillette est formée par la salive retenue dans un des canaux qui vont s'ouvrir au dessous de la langue. *Potiùs dicemus ranulam oriri à salivâ nimis acri simulque crassiore, quæ, per inferiores ductus salivales erumpens, atque ob suam ipsius visciditatem extrema ipsorum orificia liberè permeare nequiens, hinc sub linguâ, ponè ejus ligamentum, subsistens, hunc ibidem tumorem, insigni cum dolore, excitat.* Un texte aussi précis et aussi clair n'a pas empêché Heister d'embrasser l'opinion de Fabrice d'Aquapendente, et ce n'est que dans ces

derniers temps que celle de Munnicks a prévalu : encore La Faye et Louis y ont-ils mis une sorte de restriction, en disant que la grenouillette a son siége dans le canal excréteur des glandes maxillaires et dans celui des sublinguales, comme si ces dernières glandes avaient un canal excréteur commun.

La grenouillette est donc une tumeur faite par la salive épaissie et amassée dans un des canaux salivaires de Warthon. Lorsque cette maladie est récente, l'humeur qui y est contenue conserve sa limpidité, mais elle a en même temps une viscosité qui l'a fait ressembler à du blanc d'œuf. Dans un temps plus avancé, elle devient louche, et il s'y forme des concrétions comme sablonneuses. Quelquefois ces concrétions sont rassemblées et présentent l'apparence de pierres molles et friables. Enfin, lorsque la grenouillette est parvenue à un volume excessif; il est possible que ses parois suppurent, et que le pus qu'elles fournissent se mêle à l'humeur amassée, ou que la pression que la tumeur exerce sur les parties voisines y attire des abcès.

On a employé divers moyens pour parvenir à la guérison de la grenouillette. Paré y plongeait un fer rougi au feu à travers une plaque de métal percée en son milieu, dont il couvrait la tumeur, et qui servait à défendre les parties voisines de l'impression du cautère. Il ne dit point les motifs qui l'engageaient à suivre ce procédé. Peut-être y était-il déterminé

par la nature froide de l'humeur amassée. Peut-être aussi se proposait-il de faire une ouverture avec perte de substance, dont les bords, endurcis par l'action du feu, offrissent à cette humeur une voie par laquelle elle pût continuellement s'échapper. Ceux qui l'ont suivi ont préféré de l'évacuer en incisant les parois de la poche qui la renferme. Quelques uns cependant ont éprouvé que cette manière d'opérer n'a pas toujours le succès qu'on en attend, parce que les bords de la plaie se rapprochent et se consolident, de sorte que le mal ne doit pas tarder à se renouveler : aussi ont-ils conseillé de faire l'incision aussi étendue que les circonstances le permettent, ce qui est assez inutile : car on sait qu'une plaie simple qui a beaucoup de longueur se ferme aussi aisément qu'une plaie plus petite. Quelques-uns ont regretté de ne pouvoir extirper la poche ; et sans doute ils auraient essayé de le faire, s'ils n'eussent été retenus par la crainte d'intéresser les vaisseaux sanguins et les nerfs voisins. Au défaut de ce procédé, on a tenté de la détruire en la touchant avec un caustique liquide, dont l'effet aurait pu s'étendre jusque sur la portion du canal de Warthon qui tient à la glande maxillaire, et donner lieu à une cicatrice qui l'aurait bouché.

Le but que l'on doit se proposer n'est pas seulement de vider la tumeur, et de faire cesser les incommodités qu'elle cause, mais d'empêcher qu'elle ne se forme de nouveau ; ce qu'on ne peut obtenir qu'en

conservant une ouverture, au moyen de laquelle la salive filtrée dans la glande maxillaire puisse continuer de couler dans la bouche. Les raisons qui ont été exposées plus haut montrent que le cautère actuel y mène plus sûrement que le bistouri. J'ai cependant éprouvé qu'il peut manquer son effet. Une femme, dont la grenouillette était fort grosse, quoique simple, ayant consenti que je le lui appliquasse, je me servis d'un de ces cautères dont on faisait usage pour percer l'os onguis dans l'opération de la fistule lacrymale, et que l'on y portait au moyen d'un entonnoir. Le bec de ce dernier instrument ayant été appuyé sur la partie la plus saillante de la tumeur, le fer rougi au feu, que je fis glisser le long de sa cavité, y pénétra dans un instant, et sans presque causer de douleurs. L'humeur s'échappa aussitôt, et il ne fallut que peu de jours pour que l'escharc se détachât, et pour que l'ouverture se consolidât. La malade se crut guérie, et fut plus d'un an sans ressentir d'atteintes de son incommodité. Au bout de ce temps la tumeur reparut, et parvint bientôt à la même grosseur que la première fois. Je m'aperçus que l'ouverture faite à la membrane interne de la bouche s'était conservée, et que la poche faite par le canal de la maxillaire passait à travers. Je saisis, avec des pinces à disséquer, la portion de cette poche qui faisait saillie au dehors, et je l'emportai avec des ciseaux courbes sur leur plat. L'humeur sortit, la poche

s'affaissa, et la malade s'aperçut à peine de cette légère opération, qui la débarrassa de son incommodité pour toujours.

Si les malades ne veulent pas se soumettre à l'application du cautère actuel, il faut se contenter d'ouvrir la tumeur avec le bistouri; mais il faut en même temps faire en sorte de rendre la plaie fistuleuse, en introduisant, sur la fin, une tente de charpie un peu solide, qui l'empêche de se fermer entièrement. J'avais ouvert deux grenouillettes assez grosses à un jeune enfant de dix ans, et j'avais eu l'attention de donner aux plaies toute l'étendue qu'elles pouvaient avoir. Cette précaution, recommandée par Louis et par plusieurs autres, ne me réussit pas; les plaies se fermèrent, et la maladie se renouvela. Je voulus user du cautère actuel; on ne put déterminer le jeune malade à y consentir, et il fallut que j'eusse encore recours à l'instrument tranchant. Les ouvertures étaient plus grandes que les premières. Néanmoins je m'aperçus bientôt qu'elles se resserraient au point de faire craindre qu'elles ne se fermassent tout-à-fait. Ce fut alors que j'imaginai de les remplir avec un corps qui s'opposât à leur consolidation. J'y introduisis deux morceaux de ces bougies que l'on emploie dans le traitement des maladies de l'urèthre. L'enfant les supportait assez bien; mais le goût d'emplâtre qu'elles donnaient à la bouche lui était fort incommode. J'y substituai des tentes de charpie,

qu'il introduisait lui-même, et qu'il retirait au moment de ses repas. Ce moyen eut un plein succès, et l'enfant a été parfaitement guéri.

Louis a obtenu la guérison de deux grenouillettes par un procédé semblable. Un jeune homme portait sous sa langue une tumeur qui ne l'incommodait que par son volume, et dont Louis connut aisément la nature. Elle était en quelque sorte partagée en partie droite et en partie gauche, par une sinuosité qui se voyait à son milieu, et chacune était surmontée d'une espèce d'aphte. Louis ayant introduit un stylet boutonné dans ces ulcères, l'instrument pénétra à une grande profondeur, et facilita la sortie de beaucoup d'humeur épaisse et transparente assez semblable à du blanc d'œuf. Un fil de plomb fut substitué au stylet et laissé à demeure. L'ouverture agrandie laissa sortir l'humeur amassée, et la double tumeur se vida. Louis mit un fil de plomb plus gros que le premier, et conseilla au malade de le retirer chaque matin pour permettre à l'humeur de s'écouler, et de le replacer ensuite. Au bout de quinze jours de dilatation continue, les orifices furent à l'abri du resserrement. La salive n'a plus été retenue, et la grenouillette ne s'est point reproduite.

Dans le cas où on parviendrait, au moyen de fils de plomb de diverse grosseur, à agrandir l'ouverture naturelle du conduit de Warthon, de manière à prouver une issue libre à l'humeur dont l'amas

forme la grenouillette, et où cette ouverture tendrait continuellement à se rétrécir, on pourrait faire usage d'une canule laissée assez long-temps dans cette ouverture pour qu'elle devînt calleuse. J'ai été consulté par un particulier qui en portait une depuis trois ans sans être incommodé. Elle ne l'empêchait de parler ni de manger. Cette canule avait quarante millimètres de long sur une épaisseur de trois. On y avait fait faire une espèce de tête de forme lenticulaire, de peur qu'elle pénétrât trop avant. Quoique le volume de la tumeur eût permis d'y faire une ouverture assez grande, cette ouverture s'était fermée trois fois, et trois fois il avait fallu la rouvrir. La crainte que la dernière ouverture qui y avait été faite ne se fermât aussi, avait fait penser à l'entretenir avec la canule dont il vient d'être parlé. Le but qu'on s'était proposé était rempli. Néanmoins la personne incommodée desirait n'être plus assujettie à en faire usage. Je crus qu'il était prudent de l'engager à la porter encore quelque temps.

Si cette tumeur était parvenue à un volume fort considérable, et que ses parois eussent acquis beaucoup d'épaisseur, il ne suffirait pas de l'ouvrir avec le cautère actuel ou avec l'instrument tranchant; il faudrait retrancher une partie de la poche, ce qui ne pourrait se faire si elle n'avait été incisée dans une grande étendue. Les bords de la plaie seraient

soulevés avec des pinces ou avec une airigne, et emportés avec le bistouri ou avec les ciseaux. Cette opération, que les circonstances rendent nécessaire, ne pourrait avoir aucune suite fâcheuse, puisqu'il ne s'agit que d'extirper des portions de membranes qui ont souffert une extension forcée, et qui ne sont garnies de vaisseaux sanguins ni de nerfs assez gros pour faire craindre une hémorragie ou des affections nerveuses de quelque conséquence. S'il venait du sang dans les premiers instans, on ne manquerait pas de moyens pour le réprimer, et l'usage fréquent de gargarismes détersifs, aidé d'un bon régime, procurerait bientôt la consolidation de la plaie.

Il est quelquefois arrivé que des grenouillettes méconnues sont devenues si grosses, qu'elles faisaient autant de saillie au dessous du menton qu'au dedans de la bouche, et que la fluctuation se faisait mieux sentir en dehors qu'au dedans de cette cavité. Tel est le cas rapporté par Louis, d'après Leclerc, chirurgien à Saint-Vinox. La maladie occupait toute la bouche, et faisait à l'extérieur une saillie qui égalait un œuf de cane. Plusieurs personnes jugeaient qu'il ne fallait pas y toucher; mais Leclerc, voulant être utile à la malade, qui était menacée d'une suffocation prochaine, plongea un trois-quart dans la tumeur, à l'endroit où elle offrait le plus de mollesse à l'extérieur. Il sortit par la canule une liqueur jaunâtre et d'assez grande con-

sistance. L'ouverture fut agrandie avec le bistouri, et on tira du foyer de la tumeur beaucoup de matière sablonneuse et de couleur cendrée. Il n'y eut point d'hémorragie. Dès ce moment, la malade, qui était privée depuis long-temps de l'usage de la parole, commença à parler. La respiration et la déglutition devinrent faciles, et des pansemens méthodiques procurèrent la guérison en un mois.

On ne peut élever des doutes sur l'exactitude avec laquelle cette observation est exposée; cependant la maladie avait commencé il y avait vingt-deux ans, et il est vraisemblable que le canal excréteur de la glande maxillaire qui en était le siége ne laissait point échapper de salive depuis ce temps. Son ouverture devait être bouchée. Comment s'est-elle rétablie assez bien pour que la malade n'ait pas ressenti la moindre atteinte de son incommodité? Il me semble que dans un cas de cette espèce il faudrait tourner ses vues du côté de ce canal, et y faire une ouverture que l'on entretiendrait assez long-temps pour s'assurer qu'elle restât fistuleuse. Rien ne serait plus facile que de remplir cette indication. Il suffirait de pousser par la plaie extérieure jusqu'à l'endroit de la bouche qui paraît le plus favorable, une canule le long de laquelle on ferait glisser un trois-quarts terminé comme une aiguille, et percé d'un chas du côté opposé à sa pointe, lequel traînerait après lui une mèche de coton dont on se servirait

comme d'un séton, et dont on continuerait l'usage aussi long-temps qu'il serait nécessaire.

Je terminerai cet article par un fait qui n'a d'autre rapport avec la grenouillette qu'en ce que la maladie avait son siége dans une des glandes maxillaires et dans son canal excréteur, et qui me paraît mériter d'être connu. Un homme dans la force de l'âge sentit une douleur vive à la glande maxillaire gauche, en tirant des armes, dans le temps qu'il poussait un cri familier à ceux qui se livrent à ce genre d'exercice. Cette douleur fut suivie d'un gonflement inflammatoire qu'on ne parvint pas à dissiper entièrement par l'emploi des moyens ordinaires. La glande resta grosse, dure, et d'une sensibilité médiocre. Peu de temps après, elle augmenta de volume et devint fort douloureuse. Quelques personnes consultées furent d'avis de l'attaquer avec des résolutifs appliqués à l'extérieur et administrés intérieurement, et une autre conseilla la cautérisation. Cette dernière appliqua un morceau de potasse concrète sur la glande, la fit suppurer long-temps, et crut avoir guéri le malade. Cependant son incommodité était la même. Il ne pouvait parler pendant quelque temps, tirer des armes, mâcher des alimens un peu durs, sans que la douleur et le gonflement revinssent. Il s'aperçut alors d'un embarras sous sa langue, près du ligament antérieur de cet organe; et, portant le doigt sur le lieu où l'embarras dont il s'agit se faisait sentir, il

reconnut qu'il y avait quelque chose de dur. Je fus prié de lui donner mes conseils; et après avoir entendu le récit de ce qui s'était passé, et avoir examiné le dessous de la langue, je reconnus, à travers l'épaisseur des parties, qu'il y avait à l'extrémité du canal de Warthon un corps pierreux qui le remplissait. Une incision que je pratiquai donna issue à ce corps, dont la forme approchait de celle d'un grain d'orge, avec un peu plus de volume. C'était lui qui retenait la salive, et qui, la forçant de refluer en arrière, avait causé les incommodités dont le malade se plaignait depuis si long-temps : aussi ces incommodités se dissipèrent-elles bientôt. Mais, étant revenues quelque temps après, on reconnut la présence d'une nouvelle pierre, qui fut aussi ôtée par incision; et depuis ce temps, le malade n'en a plus ressenti les atteintes.

De la Tumeur biliaire.

La tumeur biliaire est faite par la distension de la vésicule du fiel. Elle se montre au haut du ventre, au-dessous de l'hypochondre droit, entre le tiers antérieur et le tiers moyen de cette région. Sa forme est celle d'un segment de sphère. La couleur de la peau n'en est pas altérée. On y sent une fluctuation profonde qu'on distingue mieux à sa partie la plus élevée qu'aux autres points de son étendue. Cette étendue varie beaucoup, et alors la forme de la tu-

meur change. J'en ai vu une qui se prolongeait de haut en bas, depuis le bord inférieur de l'hypochondre jusqu'au-dessous du nombril. Elle ressemblait assez bien à ces petits pains du poids de cent vingt-cinq grammes qu'on prépare pour l'usage du déjeûner. La fluctuation s'y faisait sentir partout. Celui qui la portait n'en était pas fort incommodé, mais il était d'une maigreur excessive, et sa peau était d'une légère teinte de jaune et de vert. Il éprouvait depuis long-temps dans la région du foie une douleur qui s'étendait jusqu'à l'épaule du même côté, des dérangemens notables dans la digestion, et des constipations opiniâtres. Il ne me fut pas difficile de juger que la tumeur était faite par la vésicule du fiel, où la bile s'était acumulée, comme il arrive souvent à la suite des inflammations au foie. Je crus devoir borner mes conseils à lui prescrire un régime presque entièrement végétal, des exercices modérés, une boisson apéritive avec les racines d'asperges et de petit houx, l'usage journalier du suc de cerfeuil auquel on ajoutait quatre grammes d'acétite de potasse et celui des pilules de savon médicinal et de gomme ammoniaque. Ces moyens de guérison que j'ai employés avec succès dans d'autres cas de la même espèce, mais beaucoup moins graves, me réussirent également bien. Les digestions devinrent moins pénibles, les évacuations du ventre plus abondantes et de nature bilieuse, les forces se rétablirent, la

peau reprit peu à peu sa couleur naturelle, et la tumeur disparut entièrement.

Dans le cas que je viens de rapporter, la tumeur biliaire s'était faite lentement. Elle avait été précédée d'une inflammation chronique au foie; mais pour le plus souvent elle est la suite d'une inflammation aiguë à ce viscère. Il en sera parlé à l'article des abcès au foie. Quelle qu'en soit la cause, J. L. Petit pensait que cette espèce de tumeur exigeait les secours de la chirurgie aussi-bien que les abcès au foie. Il la comparait avec celle que forme la vessie urinaire, quand elle est distendue par la présence des urines; et il trouvait une analogie d'autant plus grande entre ces deux maladies, qu'on a quelquefois vu la bile sortir avec assez d'abondance par les voies naturelles, quoique la vésicule du fiel conservât sa même plénitude et ses mêmes dimensions; ce qui suppose une espèce de regorgement, ou plutôt une filtration très-abondante dans le foie, sans que la vésicule se désemplisse. Cette analogie s'étend plus loin. On voit souvent se former des concrétions calculeuses dans la vésicule du fiel, et il s'élève à la région du ventre qui lui répond des abcès qui communiquent avec elle, et qui sont causés par une sorte de rupture qui se fait à ses parois, en conséquence des eschares gangreneuses que sa distension occasionne. Ces abcès sont ordinairement suivis de fistules qui laissent échapper de la bile, et dans le trajet desquels se trouvent quel-

quefois des pierres biliaires, soit que ces pierres viennent de la vésicule, ou, ce qui est plus vraisemblable, qu'elles se forment et se développent dans le trajet fistuleux, par le rapprochement et la condensation des parties les plus épaisses de la bile. Voilà donc plusieurs maladies dont il est nécessaire d'examiner la nature, pour savoir si les opérations de chirurgie y sont applicables, et quelles sont ces opérations.

Petit était d'avis que l'on pouvait vider les tumeurs de la vésicule du fiel en y faisant la ponction avec le trois-quarts, comme on vide la vessie urinaire lorsqu'elle est excessivement pleine, et qu'on ne peut rappeler le cours naturel des urines; mais il a senti que cela ne pouvait se faire que lorsqu'il s'est établi des adhérences entre cette poche membraneuse et la portion du péritoine qui la couvre. Ces adhérences sont des effets ordinaires de l'inflammation. La vésicule du fiel ne peut guère être distendue sans que ses parois en soient attaquées. Cette inflammation se communique aux parties qu'elle touche, et par conséquent au péritoine, Bientôt il se forme entre eux de ces adhérences salutaires qui font que l'on peut parvenir à la vésicule sans crainte de pénétrer dans le ventre, et de donner lieu à l'effusion de la bile dans cette capacité. Mais comment en juger et les connaître? Petit en a donné les moyens. Ils se réduisent à deux, qui sont, l'immobilité de la tumeur,

laquelle ne peut obéir aux pressions que l'on exerce pour lui faire changer de place, qu'après avoir mis le malade dans la situation la plus favorable au relâchement des muscles, et l'empâtement local qui s'établit au voisinage de la tumeur sur laquelle on doit oéprer. Mais 1.° la vésicule du fiel, qui est fixée au foie dans une grande partie de son étendue, n'est point une partie mobile que l'on puisse faire changer de place en la poussant de côté et d'autre. Ce changement de situation me semble surtout impossible dans le cas dont il s'agit, où son volume, considérablement augmenté, lui fait exercer sur les parties voisines une pression qu'elles exercent réciproquement sur elle. 2.° La bouffissure, l'œdème et la rougeur peuvent bien annoncer qu'il y a un engorgement profond aux enveloppes du ventre qui couvrent la vésicule du fiel, ce qui suppose l'adhésion de cette vésicule au péritoine. Mais ce signe fait-il connaître le lieu précis de l'adhérence, et suffit-il pour déterminer à opérer? Il paraît, au contraire, devoir déterminer à attendre que la nature, qui cherche à pratiquer une issue salutaire à l'humeur dont la présence la fatigue, se soit prononcée d'une manière plus claire, et qu'elle forme un abcès.

Petit ne se borne pas à proposer de faire la ponction à la vésicule du fiel. L'analogie, poussée au-delà des bornes que sa raison éclairée devait lui prescrire, lui fait avancer que, si après avoir vidé la vésicule,

on sentait, à l'aide d'une sonde portée dans la canule du trois-quarts, qu'il y a quelque pierre contenue dans cette poche, on pourrait agrandir l'ouverture avec le bistouri, porter profondément le doigt dans la vésicule pour s'assurer de la position du corps étranger, introduire des tenettes, et faire l'extraction de ce corps comme on fait celle des pierres urinaires. C'est ainsi que ce grand homme s'égare. Les faits dont il a été témoin, et ceux qui lui ont été communiqués, confirment son illusion. Les premiers sont au nombre de deux. L'ouverture de deux personnes mortes après avoir éprouvé de fortes inflammations au foie, et dont la première avait rendu dans un de ces accès un amas de pus et de bile considérable par les selles, et la seconde avait eu à l'hypocondre droit une tumeur qui avait abcédé et qui s'était terminée par une fistule, lui a fait voir que la vésicule du fiel avait contracté des adhérences avec le péritoine. Mais le premier de ces deux cas n'est pas clair. Il y est dit que la vésicule tenait au péritoine et au colon dans une étendue de quatre-vingt un millimètres; et cependant cette poche était si petite, qu'une pierre de la grosseur d'une noix muscade la remplissait en entier. Elle avait sûrement contracté des adhérences avec le colon, puisque Petit le dit, et qu'un abcès bilieux s'était vidé par les selles, après avoir percé cet intestin. Mais comment la vésicule pouvait-elle avoir des adhérences étendues avec le péritoine, étant

réduite à un si petit volume? C'est pourtant cette adhérence qu'il fallait prouver. D'ailleurs qu'en conclure? Peut-on dire que dans ce cas on aurait pu pratiquer avec succès une ponction à la vésicule? Mais lors du premier abcès qu'a eu le malade, la tension et le gonflement furent si subits dans toute l'étendue du ventre, que l'on n'aperçut pas de fluctuation. Assurément il n'y a pas même eu lieu de penser à la ponction. Et puis, de quelle utilité cette opération eût-elle pu être pour un abcès? Il aurait fallu inciser, au risque d'aller au-delà du lieu où on présumait que les adhérences de la vésicule s'étendaient.

Les observations communiquées à l'Académie de Chirurgie, dont Petit fait usage, ne sont pas plus concluantes. Celle de Léaulté présente un exemple d'adhérence de la vésicule du fiel, observée après la mort. Ce cas est peut-être le seul dans lequel on aurait pu faire la ponction avec succès. La nature de la tumeur qui descendait de l'hypocondre droit jusqu'au-delà de la région épigastrique, et qui était d'une dureté médiocre, ne l'indiquait pas. Il parut à la vérité dans la suite une autre tumeur dure et ronde au dessus de la première. Mais cette tumeur n'est pas venue à la suite d'une inflammation. Elle était sans apparence de fluctuation. Il y avait peu de temps qu'elle s'était montrée. En un mot, elle n'avait aucun des caractères attribués aux tumeurs faites par la vésicule du fiel; ainsi rien ne portait à y faire la

ponction. Que veut dire Léaulté, quand il avance que cette vésicule était étroitement attachée au péritoine du côté des tégumens ? Elle l'était aussi au foie par sa partie supérieure. Ses adhérences aux tégumens n'étaient donc point de la même nature que celles qu'elle avait contractées avec ce viscère ? Elle tenait aux tégumens ; mais comment et dans quelle étendue ?

La malade de Dargeat est morte d'épuisement après un grand nombre d'incommodités relatives à l'inflammation et aux embarras du foie, et à la suite d'une tumeur au ventre qui a abcédé après avoir été long-temps squirreuse, et qui a laissé échapper de la bile. Après sa mort, on a trouvé que la vésicule tenait aux tégumens par une espèce de ligament de quarante millimètres de long, dans l'épaisseur duquel était pratiqué un canal fistuleux qui, du fond de la vésicule, se rendait à une poche située entre les deux muscles obliques, et qui se vidait dans cette poche. La conclusion la plus naturelle qu'on puisse tirer de ce fait, est que la nature a des voies singulières pour se soulager. La ponction dans un cas pareil eût été extrêmement nuisible, et l'incision l'eût été encore davantage. Il faut ajouter à cela, que les circonstances dont la tumeur du ventre était accompagnée n'étaient pas de nature à engager à y faire la ponction. Cette tumeur, qui était squirreuse, et qui s'étendait depuis le bord des fausses côtes jusqu'à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, ne se présentait pas

sous l'aspect auquel on dit que l'on reconnaît celles qui dépendent de la distension de la vésicule du fiel. Il y a loin d'une tumeur squirreuse à une tumeur qui offrirait une fluctuation manifeste dans toutes les parties de son étendue.

Dans le cas rapporté par La Peyronnie, il y a eu une tumeur à l'hypocondre à la suite d'une inflammation au foie. Cette tumeur a suppuré et s'est ouverte spontanément. Il en est sorti une matière purulente de couleurs diverses, et cinq à six pierres spongieuses de la grosseur d'un pois. La fistule qui a succédé a été ouverte par La Peyronnerie, dans la vue de faciliter les écoulemens. Elle s'est trouvée aboutir à un trou qui communiquait dans le ventre, à travers le muscle droit. La Peyronnie n'a pas été témoin du commencement de la maladie : il n'a pas vu la tumeur. Il rapporte ce qu'on lui a dit, qu'elle répondait au lieu qu'occupe la vésicule du fiel. Il ne parle pas de sa consistance, de sorte qu'on ne sait si elle était dure ou molle, avec ou sans œdème, si la fluctuation s'y faisait sentir dans tous les points de son étendue ou non; enfin si elle était de la nature des tumeurs de la vésicule du fiel que Petit voulait qu'on ouvrît. Les réflexions que La Peyronnie a ajoutées à cette observation sont judicieuses. Il pense que, dans le cas où les écoulemens auraient été difficiles, à raison de l'épaississement de l'humeur ou de la présence d'une pierre, on aurait pu élargir la

fistule avec un corps dilatant, et faire des injections.

Les faits qui ont été rapportés par Sarrau et par Habert ne sont pas exposés avec plus d'exactitude. Tous deux paraissent fort exagérés. Dans le premier cas, l'ouverture qui était au dessous de l'ombilic conduisait à une tumeur située au dessous de l'hypocondre droit, plus près des vertèbres que de la partie moyenne de cette région; et il partait de la même ouverture un autre conduit fistuleux qui, passant sous la ligne blanche, allait vers le milieu de l'hypocondre gauche. Voilà une énorme distance. Cependant on a incisé des deux côtés. On a tiré du premier une pierre qui avait cent huit millimètres de long sur quatre-vingt-un de circonférence. Peut-être ne s'en est-il jamais vu d'aussi grosse. Une seconde pierre, dont la sonde avait fait connaître la présence, s'est trouvée au fond du sinus qui marchait à gauche. Les dimensions n'en sont point exprimées. Toutes deux étaient certainement hors de la vésicule, et dans l'épaisseur du tissu cellulaire qui se trouve entre les muscles, ou de celui qui les sépare d'avec les tégumens.

Dans la seconde observation, une pierre est rendue par les selles, à la suite de jaunisse, de douleurs à l'hypocondre et de vomissemens. Cette pierre, que l'on caractérise de pierre biliaire, a soixante-huit millimètres de long, quarante de diamètre et quatre-vingt-un de circonférence. Une pierre aussi

grosse a-t-elle pu traverser les canaux biliaires ? On pourrait observer que le rapport du diamètre à la circonférence n'est pas exact, ce qui montre que l'on n'en a déterminé les dimensions que par aperçu. Si la pierre avait ces dimensions, il est probable qu'elle était stercorale, et non biliaire. D'ailleurs que fait cette pierre à la question qu'il s'agissait de décider?

Il paraît que Petit a été déterminé à avancer que la vésicule du fiel est susceptible des mêmes opérations que la vessie urinaire, par ce qui est arrivé à la dame Thibergeau. Cette dame avait à l'hypocondre une tumeur qu'il jugea être formée par la distension de la vésicule du fiel, pendant que d'autres chirurgiens la regardaient comme un abcès. Cette tumeur fut ouverte en l'absence de Petit. Il ne dit pas quel fluide en sortit; si c'était de la bile pure, ou de la bile mêlée avec du pus; il n'avait rien vu. La plaie est demeurée fistuleuse. Petit, consulté une seconde fois, a reconnu par la dégustation que l'humeur que rendait la fistule était de la bile. Il n'a pas revu la malade. Il sait seulement qu'on a dilaté cette fistule, et qu'il en est sorti une pierre de la nature de celles qui se trouvent dans la vésicule du fiel. Petit dit qu'on a trouvé au fond de cette poche une pierre de la grosseur d'un œuf de pigeon. Comment le sait-il? par ouï dire. Il n'a pas sondé la fistule pour juger de la présence ou de la position du corps

étranger. A-t-il vu, a-t-il examiné ce corps important à connaître? Le silence qu'il garde à cet égard est profond. Cependant rien n'était si essentiel que d'exposer toutes les circonstances d'un fait aussi extrordinaire.

Ne peut-on pas conclure, de l'ensemble que je viens de présenter de cette observation capitale, que la dame Thibergeau a eu un de ces abcès formés en conséquence des adhérences de la vésicule du fiel avec les enveloppes extérieures du ventre, et de la crevasse de la vésicule, dont j'ai établi la possibilité plus haut, et dont on trouve des exemples dans le mémoire même de Petit, et dans ceux de son fils et de Morand, imprimés parmi ceux de l'Académie de Chirurgie? Ce cas est le seul dans lequel on puisse en quelque sorte opérer sur la vésicule du fiel; je dis en quelque sorte, parce que les seuls procédés opératoires que la raison permette se bornent à ouvrir les abcès en question, et à tirer les pierres biliaires qui peuvent se présenter. Il serait en effet très-imprudent de pousser les incisions jusques à la vésicule même, pour en ôter les pierres qui y seraient contenues, ce que l'on ne pourrait faire sans courir le risque de détruire ses adhérences, et sans exposer les malades à perdre la vie. De même, si à la suite d'un de ces abcès il restait une fistule, et qu'on sentît dans son trajet un calcul dont la présence fût douloureuse, ou suspendît les excrétions ordinaires,

cette fistule pourrait être incisée, ainsi qu'il a été dit lorsqu'il a été question des fistules de cette espèce, pourvu que son trajet ne fît que glisser entre les parois du ventre sans y pénétrer, ou élargie par l'introduction d'un corps dilatant, tel qu'un morceau d'éponge préparée à l'eau, ou un morceau de gentiane, ou, dans d'autres circonstances, au moyen d'un trochisque de minium ou d'un trochisque escharotique.

De la Tumeur urinaire.

La tumeur urinaire s'élève à la partie inférieure, antérieure et moyenne du ventre, au dessus des os pubis. Sa forme ordinaire est ronde et représente assez bien une moitié de sphère. Sa grosseur varie, de sorte que pour le plus souvent elle n'occupe que la moitié inférieure de l'espace qui est entre le nombril et la partie supérieure du bassin, pendant qu'en d'autres circonstances elle monte beaucoup plus haut, de manière à atteindre le nombril, et même au-delà. Il y a quelques cas où la tumeur prend une position oblique et se porte à droite ou à gauche; ce qui n'a pas peu contribué à la faire méconnaître. La couleur de la peau qui la couvre n'est pas changée. Si elle n'était accompagnée d'un besoin d'uriner auquel le malade ne peut satisfaire, elle lui causerait peu d'incommodités. Cependant il y a des sujets en qui elle est douloureuse, soit qu'on la touche ou non,

parce qu'elle presse les parties qui l'environnent, ou parce que les parois de la poche qui en sont le siége sont fortement distendues, pendant qu'en d'autres elle ne l'est pas. Si, comme il arrive le plus souvent, l'urine, dont la quantité est surabondante à la faculté que la vessie a de s'étendre, se fait jour à travers le col de ce viscère, comme par regorgement, les personnes qui ont une tumeur urinaire ne s'aperçoivent pas qu'il se passe quelque chose d'extraordinaire dans leur ventre, et elles peuvent porter cette tumeur pendant plusieurs mois sans demander du secours. Dans le cas dont je parle, les urines s'écoulent par un jet continu, et le malade les rend à volonté, pendant que dans les autres elles sortent goutte à goutte et involontairement. Cette circonstance a quelquefois trompé les gens de l'art au point de leur faire méconnaître l'incommodité dont les malades étaient attaqués, et de leur faire prendre pour un abcès la tumeur que forme la vessie. Colot dit que cela est arrivé plusieurs fois de son temps, et que ces prétendus abcès auraient été ouverts, s'il n'eût fait avertir les malades de la méprise dont ils allaient être les victimes. J'ai été consulté pour une femme que l'on se proposait d'envoyer aux eaux, dans la vue de fondre une tumeur qui lui était survenue à la suite d'un accouchement laborieux, et que l'on croyait avoir son siége à la matrice. Cette tumeur n'était autre chose que la vessie gonflée par

l'amas des urines, puisqu'elle disparut sur-le-champ par l'introduction d'une sonde; et l'on ne s'était pas douté de sa nature, parce que, depuis cinq à six semaines qu'elle avait commencé à paraître, les urines sortaient à volonté, et en quantité raisonnable. Un homme d'un âge assez avancé, mais d'une bonne constitution, quoiqu'un peu maigre, était dans ce cas. On le traitait depuis long-temps d'une tumeur au ventre, que l'on disait être squirreuse, et pour laquelle on lui faisait prendre des bains et des douches d'eau chargée de sulfure de potasse. Il me fut aisé de reconnaître que cette tumeur prétendue squirreuse n'était autre chose que la vessie pleine d'urine. Sa forme, le lieu qu'elle occupait, le peu de dérangement que le malade éprouvait dans sa santé, en indiquaient la nature. On insistait beaucoup sur la faculté qu'il avait d'uriner à volonté. Cette faible raison ne me fit pas changer d'avis, et l'introduction d'une algalie eut son effet ordinaire.

Une observation insérée dans une thèse soutenue en 1777, sous la présidence du docteur Murray, prouve que la tuméfaction de la vessie peut devenir assez considérable pour jeter dans des méprises encore plus fortes. Une femme délicate sentit son ventre grossir sans cause apparente, et sans éprouver d'incommodités. Elle se crut grosse. Cependant elle fut bientôt détrompée par la rapidité avec laquelle son ventre continua à s'élever, et par l'infiltration ex-

cessive qui survint aux extrémités inférieures. Cette infiltration s'étendit aux supérieures et au visage. La malade fut jugée hydropique, et on fit venir un chirurgien pour lui faire la ponction. Le flot du liquide contenu dans le ventre était évident. On prescrivit quelques diurétiques avant d'en venir à l'opération. Dans l'intervalle de ces remèdes, la malade se plaignit de suppression totale d'urine depuis trois jours, accident qu'elle n'avait pas encore éprouvé. Le ventre était rénitent, et les veines en étaient gonflées partout. On crut devoir sonder la malade avant de faire usage du trois-quarts. L'étonnement fut grand lorsqu'on vit sortir neuf litres d'urine, et la tumeur du ventre s'affaisser. Le lendemain, la sonde amena encore six autres litres d'urine. L'anasarque, qui était purement symptômatique, se dissipa. On fit des fomentations d'eau froide qui rétablirent le ressort de la vessie, de sorte qu'après avoir tiré un litre et demi d'urine par la sonde, la malade pouvait en rendre une égale quantité spontanément, et en s'aidant de quelques pressions sur la région de la vessie. Le docteur Murray a fait des recherches pour savoir si cette femme a été complètement guérie; elles ont été sans succès.

Il n'en est pas de la tumeur urinaire comme de celles dont il a été parlé précédemment. Les larmes, la salive, la bile, amassées dans leurs canaux excréteurs, peuvent les surcharger long-temps sans les

rompre, sans y exciter une inflammation et une suppuration suivie de leur effusion dans le tissu cellulaire voisin, laquelle donne lieu à des abcès et à des fistules, sans même que la santé du malade en soit notablement dérangée. La quantité de liqueur que la vessie urinaire doit transmettre au dehors est telle, que les fonctions de cette poche ne peuvent être suspendues qu'il n'en résulte de grands risques pour le malade. Les urines se font-elles jour par regorgement, si cet état dure, la vessie perd son ressort pour toujours. Ne peuvent-elles se procurer une issue au dehors, elles refluent dans l'intérieur, causent une fièvre de son espèce, laquelle est du plus grand danger; ou il se fait sur la vessie des eschares gangreneuses, suivies d'infiltration d'urine dans le tissu cellulaire qui l'environne, ou d'épanchement dans le ventre, également mortels l'un et l'autre. Enfin si l'urine sortie de la vessie est retenue dans le commencement du canal de l'urèthre, où réside quelquefois la cause du mal, elle crève bientôt ce canal, et donne lieu à des abcès urineux et gangreneux dont les suites sont toujours fâcheuses. Il faut donc faire cesser la plénitude de la vessie, et en prévenir le retour par tous les moyens connus. Ces moyens diffèrent suivant la cause de la rétention d'urine. Or elle peut être produite, 1.° par la paralysie de la vessie, 2.° par l'inflammation de son col, 3.° par quelque corps étranger renfermé dans sa cavité,

4.° par la pression que le col de ce viscère éprouve de la part des parties environnantes, 5.° par la tuméfaction de la prostate, 6.° enfin par le rétrécissement de l'urèthre. Je vais exposer les procédés opératoires applicables à chacune de ces causes.

1.° La rétention d'urine est produite par la paralysie de la vessie Cette maladie, fréquente chez les personnes avancées en âge, en qui les organes destinés à l'excrétion des urines perdent souvent leur ressort, peut survenir à toutes les époques de la vie à ceux qui ont fait quelque chute sur la région lombaire, d'où s'est ensuivi une commotion à l'épine, ou qui sont sur le déclin d'une fièvre de mauvais caractère. Elle arrive aussi aux personnes qui sont inattentives à satisfaire au besoin qu'elles ont de rendre leurs urines, ou que des circonstances particulières portent à les retenir long-temps, et à celles qui, usant tout à coup d'une grande quantité de boisson à la fois, ne se pressent pas de les rendre.

Chez les vieillards, l'espèce de rétention d'urine dont il s'agit commence lentement. Ce n'est d'abord qu'une légère difficulté à uriner, laquelle augmente de jour en jour, jusqu'à ce que l'excrétion des urines manque entièrement. La tumeur urinaire qui en résulte s'élève peu à peu. Cette tumeur ne cause presque point d'incommodité, de sorte que le malade, et ceux qui dirigent la santé, peuvent aisément la méconnaître, parce qu'il ne tarde pas à reprendre

la faculté d'uriner, ce qu'il fait par regorgement. Dans la plupart des autres cas, et surtout lorsque la rétention d'urine survient par l'inattention du malade, cette rétention commence d'une manière subite. La vessie se remplit et s'élève tout à coup. Le besoin d'uriner porte à faire des efforts pour y satisfaire. Le ventre se tend et devient douloureux, et l'attente du soulagement porte à requérir les secours de l'art.

Ils se bornent à vider la vessie au moyen d'une algalie, ou sonde qu'on introduit dans ce viscère. Cette introduction n'offre aucune difficulté dans le cas présent. Elle se fait plus aisément lorsque le malade est couché que lorsqu'il est debout. Ainsi, après l'avoir fait mettre sur le bord de son lit, de manière qu'il ait la tête et la poitrine élevées par des coussins, et les cuisses et les jambes fléchies, afin que les muscles du ventre soient dans le relâchement, on procède à cette légère opération.

Il y a deux manières de sonder les hommes, savoir, par-dessus le ventre, et par le coup-de-maître. La première est facile, plus sûre et moins douloureuse pour le malade. On prend la verge entre le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, et, tenant le pavillon de la sonde entre les mêmes doigts de la main droite, on en porte l'extrémité bien graissée dans le canal de l'urèthre, de sorte que la concavité de cet instrument regarde le ventre du

malade. On le conduit jusqu'à la racine de la verge, en le faisant glisser doucement, pendant qu'on tire la verge sur lui. Lorsqu'on y est parvenu, on baisse en même temps la verge et le pavillon de la sonde, en les éloignant du ventre, afin que le bec de l'instrument fasse une espèce de bascule, au moyen de laquelle il puisse franchir la portion de l'urèthre qui est au dessous de l'angle du pubis, traverser la partie membraneuse de ce canal, et pénétrer jusque dans la vessie. Si on trouve quelque résistance, on fait en sorte de relever le bec de la sonde, pour la faire glisser le long de la partie de l'urèthre qui est opposée au *veru-montanum*, et l'opération s'achève avec facilité.

L'autre manière de sonder differe de la précédente en ce que la convexité de la sonde regarde le ventre du malade, et qu'après l'avoir conduite jusqu'à la racine de la verge, on est obligé de faire faire un demi-tour à l'instrument et à la verge vers l'aine droite; on baisse ensuite l'un et l'autre en même temps, et le bout de la sonde entre dans la vessie. Quelquefois on est obligé, pour en faciliter l'introduction, de porter un doigt dans le fondement, afin de la diriger à travers la portion membraneuse de l'urèthre, et à travers celle qui est embrassée par la prostate.

On ne peut sonder les femmes que lorsqu'elles sont couchées; cette opération est plus facile chez

elles que chez les hommes, parce qu'elles ont le canal de l'urèthre plus court, et qu'il est presque droit. A près avoir écarté légèrement les grandes et les petites ailes du *pudendum*, pour découvrir le méat urinaire, on y fait entrer le bout de la sonde, et on pousse cet instrument en avant, jusqu'à ce qu'il entre dans la vessie.

On en est averti dans l'un et l'autre sexe par le défaut de résistance, et par la sortie de l'urine qui s'écoule par la sonde, et on vide entièrement la vessie. Mais cela ne suffit pas : il faut empêcher qu'elle ne se remplisse de nouveau, et par conséquent il faut y laisser la sonde. Quelques-uns croient qu'il vaut mieux la passer chaque fois que le malade a besoin d'uriner ; mais ce besoin se renouvelle si souvent, qu'il serait à craindre que le canal de l'urèthre ne se fatiguât, ou que le chirurgien ne pût donner au malade des soins aussi assidus que son état l'exige. La sonde est assujettie avec deux rubans de fil, larges de quatre millimètres, qui, traversant les anneaux dont son pavillon est garni, et qui, passant au dessus et au dessous de chaque cuisse, viennent s'arrêter à une ceinture. On en ferme l'ouverture avec un bouchon de liége ou de bois, pour que le malade ne soit pas incommodé par la sortie continuelle des urines; enfin on attache au pavillon de cet instrument une languette de drap le long de laquelle ce fluide coule dans le vase destiné à le recevoir. Si la

maladie a duré quelque temps, que la région de la vessie soit douloureuse, et qu'il y ait de la fièvre, on fait tirer du sang du bras, et dans tous les cas on prescrit des boissons délayantes et légèrement diurétiques, on vide les intestins par des lavemens, et on règle le régime du malade d'une manière relative à la situation dans laquelle il se trouve.

Les choses restent plus ou moins long-temps en cet état. Si les urines sortent de la sonde par un jet rapide et qui se porte à quelque distance, si on s'aperçoit qu'il en passe entre la sonde et l'urèthre, c'est un signe que la vessie a repris son ressort, et qu'elle peut se vider sans secours étranger. Dans ce cas, on ôte la sonde, et le malade est rendu peu à peu à ses occupations et à sa façon de vivre ordinaires. Si les urines ne sortent que par la sonde, et que le jet en soit lent, la présence de cet instrument est toujours nécessaire, et on ne pourrait l'ôter sans exposer la vessie à se remplir de nouveau, et à perdre le peu de ressort qu'elle a repris. Cependant on ne peut la laisser au-delà de douze à quinze jours. Il y a des personnes dont les urines sont tellement chargées de mucosités et de matières sablonneuses, que cet instrument ne tarderait pas à s'incruster, si on n'avait le soin de le retirer de temps en temps pour le nettoyer. Chez d'autres, la pression qu'il exerce sur la partie de l'urèthre qui répond à la racine de la verge, au devant des bourses, attire en

cet endroit une inflammation gangreneuse qui donne lieu à la formation d'une eschare de la largeur d'un double franc, et ensuite à une ouverture avec perte de substance, laquelle reste fistuleuse pendant toute la vie. Pour éviter cet inconvénient, et rendre la présence de la sonde moins incommode, J. L. Petit avait imaginé d'en faire construire qui eussent une double courbure, et dont la forme fût semblable à celle d'une S. Ces sondes réussissaient assez bien. Elles causaient moins de douleurs que les sondes ordinaires qui n'ont qu'une courbure; il était plus facile d'en diriger le pavillon vers l'ouverture du vaisseau qui doit recevoir les urines, et elles étaient moins sujettes à se déplacer; mais elles nuisaient toujours par leur solidité.

Les sondes flexibles sont meilleures à tous égards. Vanhelmont dit avoir pensé à en faire faire en cuir; mais il est fort douteux qu'il ait mis cette idée à exécution. Fabrice d'Aquapendente parle de sondes de corne, qui sont plus souples que celles de métal. On en a fait ensuite avec un fil d'argent aplati et tourné en spirale. Tolet en a vu à Paris dès 1680. Il ignore quel en est l'inventeur; il trouve seulement que ces sondes sont plus difficiles à introduire que les autres, qu'elles laissent suinter continuellement les urines, et que, s'il est nécessaire de porter des injections dans la vessie, on ne peut y réussir par leur moyen. Ces raisons ne sont pas celles qui les ont fait

rejeter. On a craint que la peau mince dont on avait coutume de les couvrir ne se décollât, ou que, venant à se déchirer, elle ne laissât les spirales d'argent à nu, et ne leur permît de s'écarter et de blesser la membrane intérieure de l'urèthre, ou même de se rompre.

J'ai vu un chirurgien fort intelligent, qui, voulant faire usage de cette espèce de sondes pour un malade dont la vessie avait totalement perdu son ressort, les garnissait d'une manière si solide, qu'il était presque impossible qu'il y survînt du dérangement. Il commençait par couvrir la sonde avec une languette de parchemin qui faisait un tour et demi, et qui y était collée avec de la colle forte. Sur ce parchemin il tournait avec patience, et en spirale, de la soie non torse, par-dessus laquelle il passait un morceau de cire chauffée au feu, afin de l'arrêter et d'en remplir les intervalles. La sonde ainsi préparée était tournée entre ses doigts, et bien égalisée. Cela fait, il la trempait dans de l'emplâtre de Nuremberg fondu, dont il avait rempli un moule de fer blanc, il la laissait égoutter, il l'égalisait avec un couteau, et, la roulant entre ses mains, il en rendait la surface unie. Il y avait déjà deux ans et demi que le chirurgien dont je parle faisait porter cette espèce de sonde à son malade. Elle restait dans la vessie pendant quatre à cinq jours sans éprouver d'altération. Chaque fois qu'il la changeait, il faisait

des injections dans l'urèthre, pour entraîner la mucosité dont sa présence excitait l'excrétion. Le malade exécutait avec facilité tous les mouvemens possibles. Non-seulement il pouvait aisément changer de place dans son lit, mais il se levait, marchait, allait en carrosse. Sa santé s'était affermie depuis qu'il en faisait usage, et la maigreur dans laquelle il était tombé pendant qu'il portait des sondes solides était entièrement dissipée.

On obtient les mêmes avantages avec les nouvelles sondes flexibles imaginées par M. Bernard, orfèvre, qui avait consacré son travail au service des chirurgiens, dont il faisait tous les instrumens qui se fabriquent en or ou en argent, et qui s'était borné depuis quelque temps à la construction des sondes dont il s'agit. Elles sont faites avec un tissu de soie fort serré, cousu dans sa longueur sur un mandrin, et couvert d'un enduit d'huile de lin cuite. Ces sondes réunissent la solidité à la souplesse et au plus beau poli, de sorte qu'elles peuvent rester long-temps dans la vessie sans que les malades en soient incommodés, et sans qu'il leur arrive d'altération sensible. J'en ai laissé pendant plus de quinze jours, et elles ne différaient en rien des sondes neuves, si ce n'est qu'elles avaient perdu leur poli.

Le temps où la vessie recouvre la faculté de se contracter varie beaucoup. Quand la maladie est accidentelle et subite, il n'est pas rare de la voir se

dissiper en peu de jours. Lorsqu'elle est venue d'une manière lente, elle dure pour l'ordinaire six semaines. Il ne faudrait cependant pas désespérer de la guérison, si elle s'étendait beaucoup au-delà. J'ai vu des malades qui ont porté la sonde pendant quatre-vingt-dix jours et plus, et qui se sont bien rétablis. Lorsqu'on présume que les urines peuvent sortir seules, on ôte cet instrument, avec la précaution de bien observer l'état du malade. S'il est lent à uriner, s'il est obligé de s'y présenter souvent, s'il éprouve un sentiment de pesanteur sur le col de la vessie, ce viscère n'a pas repris tout son ressort, et la sonde est encore nécessaire. Il m'est arrivé plusieurs fois d'en conseiller l'usage, pendant la nuit seulement, à des personnes qui urinaient passablement bien le jour, et qui ressentaient la nuit les incommodités ci-dessus énoncées; le succès a été complet.

Lorsqu'il se passe plus de cent jours sans que les urines reprennent leur cours ordinaire, on peut assurer que le ressort de la vessie est perdu pour toujours. Il ne reste alors d'autre ressource que de faire porter continuellement une sonde flexible au malade, ou de lui faire prendre l'habitude de se sonder lui-même. On a vu autrefois un homme connu porter une sonde enfermée dans son étui, pour s'en servir chaque fois qu'il avait besoin d'uriner. Plusieurs personnes à qui j'ai donné des soins ont été dans le même cas.

2.° La rétention d'urine est causée par l'inflammation du col de la vessie. Cette maladie s'annonce par les symptômes les plus pressans. Au besoin d'uriner, et aux efforts que ce besoin nécessite, se joignent la tuméfaction de la vessie au dessus du pubis, la douleur profonde de ce viscère et de toutes les parties qui l'avoisinent, la fièvre, les nausées, les vomissemens, l'odeur urineuse de la bouche et celle de la sueur, les anxiétés, la difficulté de respirer, les mouvemens convulsifs, et la mort. On y remédie par les antiphlogistiques, tels que les saignées, les boissons délayantes et relâchantes, les lavemens, les demi-bains, les calmans, et surtout par l'introduction de la sonde. Celle dont il convient de se servir dans ces cas doit être mince, afin qu'elle franchisse plus aisément le col de la vessie. Si on ne peut la faire pénétrer, et que les accidens augmentent, comme on ne peut espérer que les urines sortent par regorgement, ou qu'elles se fassent jour de quelque autre manière, il ne reste d'autre ressource que celle d'en procurer la sortie par la ponction.

Du temps de Dionis, on faisait cette opération avec une espèce de scalpel étroit, pointu et long de onze à quatorze centimètres, que l'on plongeait dans la vessie, en commençant à côté du raphé, au lieu où finissait l'incision dans le grand appareil. La sortie des urines faisait connaître que

l'on était parvenu dans la vessie. On glissait alors le long du bistouri une sonde droite, et à la faveur de cette sonde une canule, qu'on laissait aussi longtemps qu'il était nécessaire, avec la précaution de l'assujettir au moyen de rubans passés dans les anneaux dont elle était garnie à sa partie la plus large, et d'en boucher l'ouverture avec une tente de linge. Quelques-uns cependant commençaient par inciser le périnée avec le secours d'un cathéter introduit dans l'urèthre aussi avant qu'il était possible; et, après avoir ouvert ce conduit, ils portaient un gorgeret le long du cathéter jusque dans la vessie, et sur ce gorgeret une canule qu'ils laissaient à demeure. Ce procédé, plus méthodique que le premier, ne devait réussir que dans les cas où le resserrement du col de la vessie était peu considérable, et où l'introduction de la sonde était encore possible; ainsi il était au moins inutile. L'autre, en perçant le canal de l'urèthre en plusieurs endroits, et en frayant une voie aux urines à travers la prostate, augmentait l'inflammation dont ce corps glanduleux était attaqué, et rendait la maladie, sinon mortelle, au moins beaucoup plus difficile à guérir.

Aujourd'hui la ponction de la vessie se pratique en trois endroits différens; à la partie latérale du périnée, au dessus du pubis, et à travers le rectum.

Dionis paraît être le premier qui ait pensé qu'on pourrait ouvrir la vessie sur le côté du périnée, à

l'endroit où le frère Jacques pratiquait l'opération de la taille. Il jugeait qu'en opérant ainsi on ferait moins de douleur au malade, parce qu'on ne percerait pas l'urètre, et qu'on n'offenserait pas le col de la vessie; mais il voulait que l'on se servît du même procédé que pour la ponction au milieu du périnée, c'est-à-dire qu'on enfonçât d'abord un scalpel étroit qui permît l'introduction d'une sonde, et ensuite celle d'une canule. Il était bien simple de substituer un trois-quarts d'une longueur convenable à ces instrumens embarrassans. C'est ce que Junckers a conseillé en 1721, et ce que l'on pratique actuellement.

Pour faire cette opération, le malade doit être placé et assujetti de la même manière que si on voulait le tailler. Un aide intelligent appuie la main gauche sur la région de la vessie, au dessus du pubis, pour enfoncer ce viscère dans le petit bassin, et il relève les bourses avec la droite. Cependant le chirurgien, assis ou agenouillé devant le malade, met le doigt indicateur de sa main gauche sur le côté du périnée, entre l'urèthre et la branche de l'ischion, à vingt-sept millimètres au moins au dessus de l'anus, et prenant un trois-quarts dont le poinçon et la canule ont douze centimètres de long, il le plonge dans la vessie, sans lui donner d'autre inclinaison que d'en porter légèrement le manche vers le raphé, pour que sa pointe s'écarte en dehors, et qu'elle n'aille pas

traverser la prostate. Il ne peut avoir trop d'attention à ne pas lever ou baisser le manche de cet instrument. S'il le tient élevé, il court risque d'en porter la pointe entre le rectum et la vessie. S'il est abaissé, cette pointe passe entre la prostate et le pubis. Il faut donc le conduire dans une direction parfaitement horizontale. Quelques-uns conseillent de mettre le doigt indicateur de la main gauche dans le rectum, pour détourner cet intestin ; mais il est plus utile d'appuyer ce doigt sur le lieu du périnée que l'on va percer, pour tendre cette partie, et pour diriger plus sûrement la pointe du trois-quarts.

La sortie de quelques gouttes d'urine qui s'échappent le long de la canule du trois-quarts, et le défaut de résistance, indiquent qu'il est entré dans la vessie. Il faut alors cesser de le pousser plus avant, et en retirer le poinçon, après avoir saisi le pavillon de la canule avec les doigts de la main gauche. Les urines s'écoulent, la canule est assujettie avec des liens et bouchée avec une espèce de tente, si on le juge convenable, et le malade est remis dans son lit, qui a été préalablement garni d'alèzes. Peut-être l'opération que l'on vient de décrire serait-elle plus sûre si on commençait par faire une incision profonde au périnée, comme dans l'appareil latéral, et si on ne plongeait le trois-quarts dans la vessie qu'après s'être bien assuré de sa situation, et après avoir reconnu la fluctuation qu'elle présente. Garengeot a donné

ce conseil à Foubert, relativement à sa manière de tailler. Il serait également applicable ici.

La ponction ne remédiant qu'à la distension de la vessie, il faut, après l'avoir pratiquée de quelque manière que ce soit, s'attacher à combattre la cause qui y a donné lieu, en insistant sur les antiphlogistiques, et rétablir le plus tôt possible le cours des urines au moyen d'une sonde placée dans les voies naturelles. En effet, si la rétention d'urine durait quelque temps, il serait à craindre que la présence de la canule laissée dans la vessie n'attirât dans toute l'étendue du trajet qu'elle parcourt une inflammation suivie de suppuration, et d'une légère croûte gangreneuse dont la séparation, agrandissant le trou fait par le trois-quarts, laisserait échapper les urines, et leur permettrait de s'infiltrer dans le tissu cellulaire. La plus grande utilité de l'incision préliminaire au périnée, serait de prévenir l'effet de cette infiltration, en donnant une voie libre aux urines à mesure qu'elles sortent de la vessie, et peut-être de dissiper plus tôt l'inflammation de ce viscère, et l'engorgement sanguin et ensuite purulent dont cette incision serait nécessairement suivie.

La ponction de la vessie à la partie latérale du périnée a ceci d'avantageux, qu'elle se pratique en un lieu déclive d'où la plus grande partie des urines peut aisément s'écouler, et que la vessie étant naturellement attachée au pubis par son ligament antérieur,

elle ne peut quitter la canule lorsqu'elle cesse d'être remplie. Mais on n'est jamais sûr du lieu que l'on va percer, et l'opération se fait dans le voisinage du siége de la maladie qu'elle doit rendre plus grave. D'ailleurs elle est difficile, et demande beaucoup d'adresse et de connaissances anatomiques. Il n'en est pas de même de la ponction qui se pratique au dessus du pubis.

L'idée de cette manière d'opérer, qui dérive de la possibilité de tirer la pierre de la vessie par le haut appareil, ne s'est présentée que depuis que cette manière de tailler a été connue. On s'est d'abord servi, pour la faire, d'un trois-quarts droit, et sans doute le même dont on fait usage dans l'hydropisie ascite. Les inconvéniens de ce procédé ont dû s'offrir à ceux qui l'ont employé. Si le trois-quarts est long, sa canule va blesser la paroi opposée de la vessie. Elle y cause une inflammation suivie d'une eschare gangreneuse dont la chute permet aux urines de tomber dans le ventre, ou de passer dans le rectum, comme Sharp l'a observé sur un malade qui ne rendait plus d'urine par la canule, et qui mourut d'une espèce de diarrhée. Si le trois-quarts est court, la vessie, s'affaissant ou se resserrant sur elle-même quitte peu à peu la canule, qui devient inutile, et il faut réitérer la ponction. Quelque précaution que l'on prenne pour enfoncer le trois-quarts obliquement de haut en bas, afin que la canule soit en quelque sorte parallèle à

l'axe de la vessie, on ne peut empêcher que l'un ou l'autre de ces événemens n'ait lieu.

Il ne fallait, pour les prévenir, que substituer au trois-quarts ordinaire un trois-quarts courbe, dont la canule se portât naturellement dans la direction qui convient. C'est ce qu'a fait le frère Côme, auteur du lithotôme caché. On avait bien imaginé un trois-quarts de cette forme avant lui; mais la pointe de cet instrument ne tenait pas à une tige que l'on pût retirer par la canule, lorsque celle-ci est entrée dans la vessie. Elle était fixée à la canule, dont elle faisait partie, de sorte qu'il fallait retirer l'instrument après la sortie des urines, de peur que la vessie ne fût blessée. Celui du frère Côme est construit sur de meilleurs principes. Le poinçon, long de douze centimètres, ou environ, est enfermé dans une canule, comme celui du trois-quarts ordinaire. La courbure de cet instrument est une portion d'un cercle de dix-huit centimètres et demi de diamètre : elle doit être fort exacte, afin que ce poinçon puisse sortir aisément de sa canule. On a fait pratiquer une cannelure sur la partie convexe du poinçon, depuis le manche jusqu'à près de trois millimètres de la base de sa pointe, et un trou à la canule, vis-à-vis de l'extrémité de cette cannelure, afin que les urines puissent couler le long du manche, lorsque l'instrument est dans la vessie, et annoncer qu'il y a pénétré. Le pavillon de la canule est incliné de manière à s'appliquer exactement sur

le ventre, et garni de deux anneaux par lesquels passent les liens destinés à l'assujettir.

Pour se servir de cet instrument, on fait coucher le malade sur le côté droit de son lit, la tête et la poitrine un peu élevées, et les cuisses légèrement fléchies. Le chirurgien appuie le doigt indicateur de la main gauche sur le lieu qu'il va percer, de manière que l'ongle de ce doigt soit tourné vers le bas du ventre du malade; puis prenant de la main droite le trois-quarts, de sorte que sa convexité regarde la poitrine, il le plonge au bas et au milieu de la ligne blanche, quarante millimètres au dessus du pubis. Plus haut, il s'exposerait à ne pas tirer tout le fruit qu'il attend de son opération, parce que la vessie, en se contractant, quitterait aisément la canule; plus bas, il aurait de la peine à parvenir dans la vessie, qui s'élève perpendiculairement derrière les os pubis, ce qui laisse un vide entre elle et eux. Lorsque, par le défaut de résistance et par la sortie de quelques gouttes d'urine, il s'aperçoit qu'il a pénétré suffisamment, il saisit le pavillon de la canule entre le pouce et le doigt du milieu de la main gauche, et il retire le poinçon avec la main droite, pour permettre à la vessie de se vider; après quoi il passe des liens dans les anneaux qui sont au pavillon de la canule, afin de l'assujettir, et il la bouche avec une tente de linge. Le malade, remis dans son lit, est ensuite traité comme il convient. On débouche la canule

d'heure en heure pour permettre aux urines de s'écouler, et on fait coucher le malade avec précaution sur l'un ou l'autre côté, dans la vue d'en favoriser la sortie.

La ponction de la vessie au dessus du pubis n'est pas seulement plus facile ; elle est aussi moins douloureuse, et n'expose pas à aggraver la maladie qui l'a rendue nécessaire, parce qu'elle se fait dans un endroit éloigné du siége de l'inflammation. De si grands avantages sont balancés par plusieurs inconvéniens : elle se pratique dans un lieu qui n'offre aucune déclivité, de sorte que la vessie ne se vide pas aussi complètement que par la ponction au côté du périnée; et si la maladie exige que la canule séjourne pendant quelque temps, le trajet qu'elle parcourt s'élargit, et les urines ont beaucoup de facilité à s'infiltrer dans le tissu cellulaire du voisinage.

La ponction à travers le rectum est exempte de ce danger; elle permet aux urines de s'évacuer en entier. On la fait assez loin du col de la vessie, pour ne pas augmenter l'inflammation, et elle doit causer peu de douleur aux malades, parce que l'épaisseur des parties est moindre que partout ailleurs. On la doit à Flurant, de Lyon. Ce chirurgien, ayant remarqué, sur un homme âgé de soixante-dix ans, que la vessie faisait une saillie considérable au dedans du rectum, se détermina à la percer en cet endroit, au lieu de faire la ponction au périnée, comme il se l'é-

tait proposé. Le trois-quarts dont il se servit était droit, et ne différait en rien du trois-quarts ordinaire. Les urines sortirent en entier : il fut assez difficile d'assujettir le pavillon de la canule, qui était fait en bec de cuillère, et qui ne pouvait être fixé avec des liens. Néanmoins Flurant l'engagea dans l'anus, et le maintint avec des compresses épaisses et un bandage en forme de T. La sortie des excrémens pouvait le déranger : le malade, prévenu, avertit le lendemain qu'il était pressé du besoin d'aller à la garde-robe; on prit soin de contenir la canule en la dégageant un peu de l'ouverture de l'anus, après quoi elle fut replacée. Le malade fut tenu à une diète sévère pour obvier à cet inconvénient, qui ne dura que trois à quatre jours, après lesquels les urines prirent leur cours ordinaire. Il fut bien guéri.

Cette observation est de 1750. Deux mois après, Flurant eut occasion d'opérer de la même manière un autre homme attaqué d'une ischurie qui ne céda ni aux moyens antiphlogistiques, ni à la sonde : le succès, quant à la facilité de percer la vessie et d'évacuer la totalité des urines, fut le même; mais le malade mourut de sa maladie, qui durait depuis long-temps. Flurant reconnut mieux, cette seconde fois, combien il était nécessaire d'avoir un trois-quarts convenable à l'opération dont il s'agit. Il pensa qu'il fallait en faire faire un qui fût plus long, qui eût une courbure déterminée, et dont la canule eût

un pavillon disposé de manière à ne pas boucher l'ouverture de l'anus, et à se loger commodément entre les fesses. Celui qu'il fit exécuter avait de la ressemblance avec celui dont on se sert pour la ponction au dessus du pubis; mais la courbure en était plus grande. Dans la planche où cet instrument est représenté, le bec de cuillere qui en forme le pavillon est tourné vers la concavité de la courbure; c'est une méprise qui doit sans doute être attribuée au graveur. Si le bec de cuillère n'était pas placé du côté opposé, il atteindrait mal le but auquel on le destine, qui est de diriger les urines vers le vase où on se propose de les recevoir.

La manière dont on se sert de cet instrument est fort simple : le malade situé et assujetti au bord de son lit, comme s'il était question de le tailler, et ses bourses relevées, le chirurgien introduit un ou deux doigts de la main gauche dans le rectum, aussi loin qu'ils peuvent aller, pour s'assurer de la plénitude de la vessie, et pour conduire l'extrémité du trois-quarts sur le lieu qu'il doit percer. Cet instrument, dont on a retiré la tige de douze à quinze millimètres au dedans de la canule, de manière que le poinçon qui la termine y soit enfermé, est porté dans le rectum; et lorsqu'il est parvenu à la hauteur qui convient, le chirurgien enfonce la tige dans la canule du trois-quarts, et il perce le rectum et la vessie. Il ôte alors les doigts de la main gauche de dedans

l'anus, et, saisissant la canule avec le pouce et le doigt du milieu de cette main, il retire le poinçon du trois-quarts avec la droite, et il permet aux urines de s'écouler. Il ne reste plus qu'à assujettir la canule avec des rubans. On peut se dispenser d'en boucher l'ouverture, parce qu'il est facile de placer sous les fesses du malade un vase qui reçoive les urines à mesure qu'elles s'échappent de la vessie.

Ce fut ainsi que Flurant opéra, en 1757, un homme âgé de cinquante-sept ans, sujet depuis plusieurs années à des rétentions d'urine opiniâtres. N'ayant pu le sonder, il se détermina, de l'avis de Charmetton, à lui faire la ponction à travers le rectum. Les urines sortirent avec beaucoup de facilité : on assujettit la canule avec des rubans qui allaient s'attacher par devant et par derrière à une ceinture; et comme cette canule retombait peu à peu, on mit un bandage en T pour mieux la contenir avec des compresses. Lorsque le malade avait besoin d'aller à la garde-robe, on ôtait ce bandage, et on détournait un peu la canule de dessus l'anus. Dès le lendemain de cette opération, le malade fut mieux : les moyens ordinaires rétablirent le cours naturel des urines le troisième jour, et le quatrième on put ôter la canule. Depuis ce temps, il n'en est sorti que quelques gouttes par l'anus.

Je connais peu d'exemples de la réussite du procédé de Flurant; Leblanc dit s'en être servi une fois

avec succès. On voit aussi dans les Transactions philosophiques, pour l'année 1776, qu'un homme sur qui on l'avait mis en usage a fort bien guéri : les urines ont repris leur cours naturel au bout de six jours. Ce n'est pas que cette manière d'opérer n'ait des avantages assez grands : mais en général la nécessité de faire la ponction à la vessie est assez rare. Si quelque chose pouvait détourner de la pratiquer à travers le rectum, ce serait la difficulté de parvenir jusqu'à la vessie avec les doigts, pour assurer la marche du trois-quarts, et la crainte de blesser les vésicules séminales. Cependant, comme elles s'éloignent beaucoup l'une de l'autre à leur partie supérieure, on n'est pas exposé à les atteindre, si on porte la pointe du trois-quarts suffisamment haut. Sans cette précaution, la partie la plus large des canaux déférens et le lieu où ils s'adossent ne seraient pas à l'abri de l'action de cet instrument.

3.° La rétention d'urine est causée par des corps étrangers renfermés dans la vessie. Un assez grand nombre de corps étrangers peuvent se trouver renfermés dans la vessie ; des pierres, des vers, du sang, du pus, etc. On ne parlera ici que de la rétention d'urine produite par la présence des pierres et par l'amas du sang, parce qu'elles sont les plus fréquentes.

Une ou plusieurs pierres, logées dans la vessie, causent des incommodités dont le tableau sera ex-

posé en son lieu. Il est rare qu'elles produisent une rétention totale d'urine. Ce cas, s'il se présentait, serait fort facile à connaître, en se rappelant ce qui a précédé. On y remédierait, et peut-être pour long-temps, au moyen de l'introduction de la sonde, qui, déplaçant la pierre, pourrait la déterminer à se porter vers le bas-fond de la vessie, et à y rester. Les exemples de malades qui, après avoir été tourmentés par la présence de ces sortes de corps, ont cessé d'en être incommodés, ne sont pas rares. On connaît l'histoire de cet ecclésiastique qui, sondé par un chirurgien habile, et se trouvant débarrassé des douleurs qu'il ressentait, crut que ce chirurgien s'était trompé en lui annonçant qu'il avait une pierre dans la vessie, et qu'il était dans le cas de se faire tailler. Il mourut deux ans après de toute autre maladie, et laissa au chirurgien son corps à disséquer pour son instruction. Celui-ci accepta ce legs singulier; et la vessie ayant été ouverte en présence de beaucoup de témoins, on y trouva une pierre d'un gros volume.

Le sang peut tomber des reins dans la vessie; il peut s'amasser dans cette poche membraneuse en vertu de la lésion de ses parois, ou de l'érosion de sa tunique intérieure. S'il conserve sa fluidité, il sort presque aussi aisément que les urines. S'il se coagule, les caillots qu'il forme peuvent boucher le col de la vessie, et donner lieu à une rétention d'urine

d'autant plus fâcheuse, que le fluide amassé ne peut être tiré par l'introduction de la sonde; il convient alors d'en essayer une dont le calibre soit plus gros qu'à l'ordinaire. Si ce moyen ne réussit pas, il faut ajuster au pavillon de la sonde une seringue avec laquelle on pompe le sang et l'urine; ce procédé a été mis en usage avec le plus grand succès dans des cas qui paraissaient désespérés.

4.° La rétention d'urine est causée par la pression que les parties voisines exercent sur le col de la vessie. La matrice, pendant la grossesse, fait quelquefois sur ce col une pression qui gêne ou qui suspend le cours des urines. Les femmes y remédient en les rendant accroupies sur les genoux et sur les coudes, position qui fait que la matrice comprime le col de la vessie avec moins de force. Quelques-unes portent un ou deux doigts dans le vagin, et relèvent la matrice; il y en a que l'on est obligé de sonder, surtout au moment de l'accouchement. Lorsqu'il ne se présente pas d'autres obstacles à cette opération que la cause même de la maladie, l'introduction de la sonde est peu difficile. Levret en avait fait construire qui, au lieu d'être percées de deux yeux sur les côtés, l'étaient à leur extrémité d'une ouverture fermée avec une larme ou bouton, qui tenait au stylet dont ces sondes étaient garnies. Lorsque cet instrument était entré dans la vessie, il retirait le stylet et le bouton, et il le remettait après la sortie des urines :

de cette manière la sonde formait un corps solide et sans aspérités, lequel ne pouvait blesser l'urèthre. Il avait aussi proposé des sondes qui fussent plates au lieu d'être rondes, comme elles le sont ordinairement, afin que l'introduction en fût plus aisée. Bell nous apprend qu'on les construit toutes de cette façon en Angleterre.

Lorsqu'il se présente des obstacles tels que celui qui résulte de la courbure de l'urèthre, soit que cette courbure soit l'effet d'une sorte de prolapsus qui a lieu depuis long-temps, ou qu'elle vienne de la pression arrivée pendant le travail, on ne réussit à tirer les urines qu'au moyen d'une algalie construite comme les sondes dont il vient d'être parlé, laquelle doit être introduite par-dessus le ventre, et en faisant un demi-tour qui en porte le pavillon en bas. Des hémorroïdes tuméfiées, un grand abcès stercoral ou urinaire qui s'étendraient vers le périnée, pourraient faire une pression qui aurait le même effet que celle de la matrice chez les femmes enceintes. Toute autre tumeur qui appuierait sur le trajet de l'urèthre, mettrait également obstacle au libre cours des urines. On y remédierait de même.

5.° La rétention d'urine est causée par la tuméfaction de la prostate. Lorsque cette tuméfaction est inflammatoire, la rétention d'urine s'annonce par les symptômes qui caractérisent l'inflammation du col de la vessie. Cette maladie se termine quelque-

fois par un abcès qui s'ouvre de lui-même, ou dont l'introduction de la sonde détermine l'ouverture, et le pus qui s'en écoule sort avec les urines sans être confondu avec elles. Quelques-uns ont conseillé, dans ce cas, de pratiquer une ouverture au périnée, et de fendre la prostate, comme si on se proposait de tirer une pierre de la vessie. Ce moyen pourrait être mis en usage si l'abcès fournissait une grande quantité de pus, s'il était long à se déterger, et que le malade tombât dans le marasme. En procurant une issue libre aux urines, il en préviendrait le séjour et l'altération, et donnerait la facilité de porter des injections convenables jusque sur le siége du mal; mais pour l'ordinaire les choses se rétablissent d'elles-mêmes, et on n'est pas obligé de faire courir au malade le risque d'une opération aussi dangereuse.

La tuméfaction de la prostate qui donne lieu à la rétention d'urine est, pour le plus souvent, fongueuse ou squirreuse. Dans le premier cas, elle est molle, et ne paraît être produite que par un accroissement plus ou moins considérable du volume de ce corps glanduleux. Dans le second, elle est dure et présente un changement marqué dans son organisation. Souvent le corps de la prostate est malade; quelquefois il n'y a d'affecté que la partie de cette glande, à laquelle on a donné le nom de luette vésicale. J'ai vu, en plusieurs occasions, cette luette

former une tumeur ronde portée sur un pédicule étroit; sa grosseur variait depuis celle d'un noyau de cerise jusqu'à celle d'une grosse noix. Lorsque cela arrive, elle bouche le col de la vessie, sur lequel elle est entraînée par le flot des urines, et elle s'oppose à leur écoulement.

L'introduction du doigt dans l'anus fait aisément connaître si la prostate est tuméfiée, et si ce corps est mol ou squirreux; mais aucun signe n'indique d'une manière positive le renflement de la luette vésicale.

La rétention d'urine à laquelle ces différens états de la prostate donnent lieu commence par des difficultés d'uriner semblables à celles qui sont causées par la paresse de la vessie, et auxquelles on remédie par l'usage de boissons légèrement diurétiques. Lorsque le mal devient plus pressant, et que les urines ne peuvent plus sortir, on ne peut se dispenser de sonder le malade. Cette opération, quoique facile en toutes ses circonstances, n'a pas toujours le succès desiré : la sonde pénètre aussi avant qu'elle puisse aller, mais les urines ne sortent pas, parce que le bout de cet instrument s'engage entre les parois de la prostate, ou entre le col de la vessie et la tumeur formée par la luette vésicale, et ne parvient pas jusqu'au siége des urines. Il faut, dans ce cas, employer une sonde donc le bec soit extrêmement allongé. Si on est assez heureux pour tirer les urines, on la laisse

dans la vessie, jusqu'à ce que ce viscère ait repris son ressort, et on se conduit en tout comme dans la rétention d'urine produite par la paralysie. Si au contraire on ne réussit pas à les faire sortir, il ne reste d'autre ressource que celle de la ponction de la vessie au dessus du pubis, et non ailleurs, de peur que l'épaisseur des parties à traverser ne s'oppose à son succès, si on la pratiquait au périnée ou à travers le rectum. Cette ressource n'est que momentanée, à moins que la vessie ne reprenne son ressort, ou qu'on ne puisse y introduire une sonde par les voies ordinaires. Si cela n'arrive pas, il faut laisser la canule du trois-quarts à demeure. L'action par laquelle la nature cherche à se débarrasser des corps étrangers, la crainte qu'il ne se forme des incrustations au dedans et au dehors de la canule, celle de ne pas retrouver aisément le chemin qui mène à la vessie, lorsqu'on a retiré cet instrument et qu'on veut le remettre, sont des obstacles qui paraissent s'y opposer. Cependant je sais qu'on est quelquefois parvenu à fixer des canules dans la vessie. Collot cite deux cas où ce moyen lui a été utile. Je trouve un exemple de sa réussite dans la thèse soutenue sous la présidence du docteur Murray que j'ai citée précédemment. On avait pratiqué une incision au dessus du pubis, pour avoir plus de facilité à porter le trois-quarts dans la vessie. La plaie s'enflamma, suppura, se retrécit et se cicatrisa; mais les urines n'ayant pu

reprendre leur cours par l'urèthre, on laissa la canule en place. Il y avait déjà un an que les choses étaient en cet état, lorsque le docteur Murray vit le sujet. Cet homme, âgé de soixante ans, jouissait de la meilleure santé. Il débouchait sa canule toutes les quatre heures. La cicatrice de sa plaie était belle et sans rougeur.

6.° La rétention d'urine est produite par le rétrécissement de l'urèthre. Cette rétention arrive si souvent à la suite de la gonorrhée vénérienne, qu'on pourrait croire qu'elle en est toujours l'effet. Quelques-uns cependant disent l'avoir vu survenir à des personnes qui n'avaient jamais éprouvé ce genre d'incommodité. Elle ne commence pas aussitôt que l'écoulement qui y a donné lieu. Pour l'ordinaire les malades n'en ressentent les premières atteintes qu'au bout d'un temps plus ou moins long, et même quelques années après. La cause immédiate n'en est pas bien connue. L'opinion où l'on a été que l'humeur de la gonorrhée est fournie par des ulcères qui se forment au dedans de l'urèthre a fait penser que ce canal se remplissait de chairs fongueuses, auxquelles on a donné le nom de carnosités, ou qu'il était rétréci par des cicatrices. Mais l'urèthre est rarement ulcéré dans cette maladie. L'humeur qui en sort paraît n'être qu'une excrétion abondante et viciée de celle qui lubrifie ce canal dans l'état naturel, comme celle qui coule des narines dans le co-

ryza, vient des glandes muqueuses dont la membrane pituitaire est garnie. D'ailleurs des observations exactes, faites au commencement de ce siècle par Saviard, et répétées depuis sur un grand nombre de sujets, par Jean-Louis Petit, Lafaye et Bell, prouvent qu'il ne se trouve presque jamais de carnosités ou de cicatrices en ceux qui ont eu la gonorrhée. Il faut donc que le rétrécissement qui lui succède vienne de spasme, ou de l'engorgement des parois de l'urèthre.

La rétention d'urine que cause ce rétrécissement a pour l'ordinaire une marche fort lente. Les malades éprouvent d'abord une difficulté d'uriner avec diminution du jet des urines. Cette difficulté, à laquelle ils ne font pas attention dans les commencemens, est surtout remarquable lorsqu'ils font des excès de boisson, ou qu'ils se sont échauffés avec les femmes. Elle augmente peu à peu, à mesure que la grosseur du jet de l'urine devient moindre. Souvent ce jet est comme bifurqué. Les besoins d'uriner sont plus fréquens. L'urine se trouble et prend de l'odeur. Elle dépose un sédiment de couleur blanche tirant sur le gris; enfin le mal fait des prog rès tels, que ceux qui en sont attaqués sont forcés de demander du secours, sans quoi ils tomberaient dans une rétention d'urine totale. Il est ordinaire que ce dernier événement soit précédé de tumeurs au périnée, de fistule ou d'abcès urineux. Nous avons donc à considérer l'espèce de

rétention d'urine dont il s'agit sous plusieurs aspects différens; *a.* lorsqu'elle ne consiste encore que dans une lenteur et une difficulté d'uriner plus ou moins grande; *b.* lorsqu'il s'est formé en même temps une ou plusieurs tumeurs au périnée; *c.* lorsque ces tumeurs se sont ouvertes, et qu'elles ont dégénéré en fistules; *d.* lorsqu'il est survenu un grand abcès; *e.* enfin lorsque la strangurie est complète.

a. La lenteur avec laquelle les urines s'écoulent, ainsi que la petitesse et la bifurcation du jet qu'elles forment, montrent assez que, dans ce premier cas, le calibre de l'urèthre est diminué, et qu'il a essentiellement besoin d'être élargi. On remplit cette indication au moyen de corps longs et minces, connus sous le nom de bougies, qu'on y introduit peu à peu, et dont on augmente la grosseur par degrés, jusqu'à ce que le canal ait repris ses dimensions. Anciennement on faisait des bougies de plomb, de baleine, de corde à boyau, et de cire dans laquelle on avait trempé des mèches de coton. A présent on les fait avec du linge imprégné et couvert de substances emplastiques. Celles-ci doivent être préférées aux premières. En effet, les bougies de plomb ont une dureté qui les rend difficiles à supporter. Le desir de les rendre en quelque sorte flexibles, et peut-être aussi celui de leur procurer une vertu analogue à la cause antécédente de la maladie que l'on se propose de combattre, a engagé à les frotter avec du mercure,

qui, s'amalgamant avec le plomb, lui ôte une partie de sa tenacité. Lorsqu'elles ont été préparées de cette manière, elles deviennent cassantes, ce qui expose les malades au danger d'une opération plus pénible et plus grave qu'on ne pense, si la portion de bougie rompue est encore dans l'urèthre, ou à la nécessité de se faire tailler, si cette portion de bougie se glisse dans la vessie, et qu'il se forme des concrétions pierreuses autour. Les bougies de baleine ne font pas courir les mêmes risques; mais elles sont également dures, et l'effort qu'elles font pour se redresser augmente la pression incommode qu'elles exercent sur l'urèthre. Celles de corde à boyau ont l'avantage de se gonfler par l'humidité qui transpire de ce canal. C'est sans doute ce qui les a fait adopter par des praticiens distingués. L'usage que j'en ai fait m'a montré qu'elles sont difficiles à introduire et à retirer, parce qu'elles n'ont pas de solidité quand elles sont sèches, et qu'elles se gonflent inégalement dans l'urèthre, dont elles blessent les parois. Ledran veut qu'on les enferme dans une espèce d'étui de linge couvert de substance emplastique, et Bell les conseille préparées de cette manière; ce qui les fait rentrer dans la classe de celles dont l'usage est le plus généralement adopté. Enfin les bougies faites de cire étendue sur une mèche sont sujettes à s'amollir ou à casser; et dans ce dernier cas, il est possible qu'une portion de cire quitte la mèche et reste engagée dans l'urèthre,

ou qu'elle s'introduise dans la vessie pour y devenir le noyau d'une pierre.

Celles qui sont emplastiques n'ont aucun de ces inconvéniens. On leur donne à volonté le degré de consistance que l'on juge convenable. On pourrait même leur procurer des qualités diverses, si on avait d'autres vues à remplir que celles d'élargir le canal. Toute composition d'emplâtre est bonne, pourvu qu'elle ne soit pas trop dure, et qu'elle n'ait pas une vertu astringente et irritante. Shap et Bell proposent le diachilum, auquel le premier ajoute l'antimoine en poudre et le mercure éteint dans du miel; et le sècond de l'huile et de la cire. Ces substances ayant été fondues à part, on les mêle dans un vase plat, puis on y plonge des morceaux de linge, longs de vingt-huit à trente-deux centimètres, et larges de neuf pour six bougies, lesquels sont roulés, et qu'on y déroule. S'ils ne se chargent pas également, on y étend de l'emplâtre avec une spatule de fer chaude, après quoi on les laisse refroidir et sécher. Il ne s'agit plus que de les couper, avec un couteau et une règle, en bandelettes larges de dix-huit millimètres, dont on retranche une petite portion angulaire, pour que les bougies soient plus minces à l'une de leurs extrémités qu'à l'autre, et de rouler ces bandelettes entre les doigts, et ensuite sur une table de marbre ou de bois bien unie.

Lorsqu'on veut introduire une bougie, on fait

coucher le malade sur le bord de son lit, ou on le fait tenir debout devant soi, de manière que ses genoux viennent appuyer sur ceux du chirurgien. Celui-ci saisit ensuite la verge de la main gauche, comme s'il voulait porter une sonde dans la vessie, et fait entrer la bougie, qu'il a eu soin de bien graisser avec de l'huile. Si elle pénètre avec peine, il la pousse avec ménagement et lenteur, et s'arrête au premier obstacle qu'il rencontre. La portion de bougie excédante est coupée avec des ciseaux à quelque distance du gland, et le reste demeure dans l'urèthre. Il convient, pendant les premiers jours, de ne l'y laisser que peu de temps, une demi-heure ou une heure, par exemple, afin que le canal s'y habitue peu à peu. Dans la suite on la porte plus avant, et on la laisse séjourner davantage, jusqu'à ce qu'elle entre de toute sa longueur, et qu'elle cesse de causer de la douleur. Alors on en emploie de plus grosses. Il faut aussi, lorsqu'on est parvenu à ce point, l'attacher avec un lien de coton, de peur qu'elle ne s'engage dans l'urèthre ou qu'elle ne se perde dans la vessie. Ce lien, que l'on fixe à la grosse extrémité de la bougie, par un nœud simple qui répond au milieu de sa longueur, est noué une seconde fois à la distance de trente-six à quarante millimètres de l'ouverture du gland, et ses deux chefs passés l'un à droite et l'autre à gauche, autour de la verge, au dessus du prépuce ou entre le prépuce et le gland,

sont réunis par un troisième nœud au-delà de la couronne de ce corps.

On ne peut dire d'une manière précise combien de temps il faut continuer l'usage des bougies pour assurer la guérison. Si elles ont été faciles à introduire, que le malade ait pu les garder dix à douze heures sur les vingt-quatre, sans en être incommodé, et que les urines recommencent promptement à couler avec liberté par un gros jet, il est moins nécessaire d'insister sur leur usage. Si, au contraire, le malade a été long-temps à s'y habituer, et que les urines continuent à sortir avec peine, cet usage doit être plus long. La guérison est rare avant le terme de trois à quatre mois. Encore n'est-elle presque jamais parfaite; c'est-à-dire que les personnes qui ont eu ce genre d'incommodité sont très-sujettes à y retomber, pour peu qu'elles fassent d'excès, et si elles n'ont pas la précaution de se passer de temps en temps une bougie, pour conserver le bon effet qu'elles ont obtenu, et pour prévenir un nouveau rétrécissement de l'urèthre. Quelquefois il est nécessaire, pendant le traitement, de faire user de boissons relâchantes et adoucissantes, de prescrire des bains, et de suspendre l'usage des bougies, si elles causent trop de douleur, ou qu'elles attirent sur un des testicules une fluxion qui le gonfle ou qui le rende sensible.

b. Les tumeurs qui se forment au périnée de ceux

qui ont une rétention d'urine occasionnée par le rétrécissement de l'urèthre, sont le résultat d'une légère crevasse qui s'est faite aux parois de ce canal, en-deçà de l'obstacle qui s'oppose au cours des urines, et qui leur permet de s'infiltrer dans son tissu spongieux, ou dans la substance cellulaire qui l'avoisine. Le nombre, la grosseur, la position de ces tumeurs varient. Pour le plus souvent il n'y en a qu'une; quelquefois il s'en trouve plusieurs. Elles sont placées dans la direction de l'urèthre, ou semblent implantées sur le corps caverneux ou sur une de ses racines. Dans le commencement elles ont beaucoup de dureté, et causent peu de douleur. Elles s'amollissent dans la suite, et deviennent plus ou moins sensibles. Ces tumeurs finiraient par abcéder et par s'ouvrir d'elles-mêmes, si on n'en arrêtait les progrès; et les urines qui continuent de s'échapper de l'urèthre, passant à travers l'ouverture qui s'y est faite, rendraient cette ouverture fistuleuse. On ne peut prévenir cette terminaison que par l'usage des bougies, qui rendent au canal les dimensions qu'il a perdues, et rétablissent la liberté du cours des urines, ce qui empêche qu'elles ne continuent de se fourvoyer. Il faut pour cela que le mal ne soit pas fort avancé, et que les bougies puissent être introduites avec facilité. S'il dure depuis long-temps, et que la sensibilité et le rétrécissement de l'urèthre s'opposent au passage des bougies, la suppuration et la crevasse des tumeurs sont inévi-

tables, et le malade aura une ou plusieurs fistules urinaires.

c. Il a été parlé ailleurs des tumeurs du périnée qui dégénèrent en fistules.

d. Il sera fait mention plus bas des abcès urinaires.

e. Le rétrécissement de l'urèthre porté à l'excès donne presque toujours lieu à la formation d'abcès de l'espèce de ceux dont il vient d'être parlé, et si le malade tombe dans la strangurie complète pendant le temps que ces abcès emploient pour parvenir à leur maturité, il est promptement soulagé par leur ouverture. Quelquefois cependant il ne survient rien de semblable, et la difficulté d'uriner dégénère tout à coup en une rétention complète d'urine. Le malade fait en vain les plus grands efforts pour s'en débarrasser. A peine en sort-il quelques gouttes. Cependant la vessie s'emplit et s'élève au dessus du pubis, le ventre se tend et devient douloureux, la fièvre s'allume, le visage s'enflamme, la tête se prend et les circonstances deviennent extrêmement urgentes. Il faut alors avoir promptement recours aux moyens antiphlogistiques. Le malade est saigné une ou plusieurs fois; on le plonge dans le bain; on lui applique sur le ventre des fomentations ou des onctions relâchantes; on lui prescrit des boissons légèrement diurétiques; des sangsues sont appliquées au fondement, et surtout on tâche de passer une sonde dans la vesssie. Quelques-uns croient que celles dont le diamètre est

un peu considérable réussissent mieux que les autres, parce que le bec de cet instrument écarte les parois de l'urèthre, et fait à mesure qu'il s'avance un vide qui permet de le porter plus avant. Il m'est prouvé, par des succès assez nombreux, que les sondes les plus minces sont celles qui pénètrent avec le plus de facilité; aussi celles dont je me sers sont-elles aussi petites qu'elles puissent être. J. L. Petit en avait fait construire pour cet objet, lesquelles, au lieu d'avoir deux ouvertures latérales auprès de leur extremité, sont percées au bout d'une ouverture ronde, fermée par un bouton qui tient au stylet qui les traverse. Lorsque ces sondes sont parvenues dans la vessie, on pousse ou on retire le bouton pour permettre aux urines de s'écouler. Au moyen de cette construction ingénieuse, il n'est pas à craindre que le tissu spongieux de l'urèthre s'y engage, comme il le fait dans les yeux des autres. On ne peut douter que Petit n'eût effectivement imaginé les sondes dont il s'agit, puisqu'il s'en attribue l'invention. Cependant elles étaient connues avant lui, et on les trouve représentées dans Franco, avec cette seule différence qu'elles sont aussi percées sur leurs parties latérales. Du reste Franco en recommande l'usage dans le cas d'excroissances et de caroncules dans la vessie.

Si la sonde ne peut être portée dans ce viscère, il faut essayer des bougies. On voit souvent l'irritation que ces corps produisent sur les parois de l'urèthre

exciter efficacement l'action de la vessie, et la forcer à chasser les urines. Peut-être n'agissent-ils dans ce cas que comme dans tous ceux où on y a recours, c'est-à-dire en écartant les parois de l'urèthre, et en procurant la dilatation momentanée de ce canal. Quoi qu'il en soit, lorsque cette ressource manque, et qu'il y a lieu de craindre que le malade ne périsse, il reste encore celle de la ponction à la vessie, en attendant que le calme se rétablisse, et que les bougies puissent être employées avec plus de succès.

Des Tumeurs sébacées.

Il se répand sur presque toute l'habitude du corps une humeur onctueuse et grasse qu'on nomme sébacée. Cette humeur, destinée à assouplir la peau, est fournie par des glandes de l'espèce de celles qui sont simples, et qui ne consistent qu'en une poche percée d'un trou en son milieu ou surmontée d'un conduit, qui servent à l'excrétion de l'humeur qui s'y porte. Ces glandes sont plus nombreuses en quelques endroits qu'en d'autres, à la tête par exemple, au cou, au devant de la poitrine et du ventre, au voisinage des articulations, et surtout du côté de la flexion où elles paraissent plus abondantes. On ne les aperçoit que quand elles augmentent de volume, par l'amas de l'humeur qui s'y porte : alors elles se montrent sous la forme qui

vient d'être indiquée. Telles sont ces petites tumeurs qui s'élèvent sur diverses parties de la face, et qu'on appelle des tannes. Si leurs parois viennent à se relâcher, ou, ce qui doit arriver plus souvent, si l'humeur qu'elles doivent verser au dehors y est retenue par quelque cause que ce soit, cette humeur s'y amasse, les distend, et produit à la fin une de ces tumeurs dont il a été parlé dans les articles précédens, puisque, comme elles, la tumeur dont il s'agit est faite par une humeur retenue dans ses organes excréteurs.

Le volume des tumeurs sébacées varie beaucoup, et il peut devenir excessif si elles sont disposées à croître, et qu'on n'y remédie pas à temps. Leur forme est sphérique, quand elles ne sont pas gênées, dans leur accroissement, par les parties dont elles sont couvertes ou environnées. Elles n'ont pas de sensibilité par elles mêmes, et ne deviennent douloureuses qu'autant qu'elles pressent sur les parties qui les avoisinent. La couleur de la peau n'en est pas changée. On y sent quelquefois une fluctuation sourde et profonde, suivant la quantité et la consistance de l'humeur contenue. Cette consistance n'est pas la même dans toutes les tumeurs de cette espèce. Il y en a en qui elle ressemble à celle du suif épaissi auquel se seraient mêlées de substances étrangères, comme plâtreuses ou cartilagineuses, pendant qu'en d'autres elle ressemble à de la bouillie ou du

miel, ce qui a fait donner à ces tumeurs les noms de stéatome, d'athérome ou de méliceris. Quelques-unes ne contiennent qu'une lymphe visqueuse plus ou moins transparente. De même les parois de la poche où ces tumeurs se rassemblent varient d'épaisseur, ce qui rend la fluctuation qu'elles présentent plus ou moins sensibles. Il y en a quelques-unes où ces parois sont si excessivement épaisses, qu'on aurait peine à le concevoir, si on ne savait qu'elles sont formées par des couches de tissu cellulaire que la tumeur affaisse les unes sur les autres à mesure qu'elle s'étend, et dont elle augmente l'épaisseur de ces mêmes parois. C'est à raison de cette poche que les tumeurs sébacées portent le nom de tumeurs enkystées. Celles qui naissent au dessous du cuir chevelu sont appelées taupes ou tortues, et celles de la face, tanues, comme il a été dit ci-dessus.

L'humeur que renferment les tumeurs sébacées étant hors des voies de la circulation, il serait inutile de chercher à les dissiper par des remèdes intérieurs ou par des applications extérieures. On ne peut rien attendre que des procédés opératoires; mais il n'est pas toujours nécessaire d'y avoir recours. On voit des personnes qui les gardent longtemps, et même pendant toute leur vie sans en ressentir la moindre incommodité. Ce n'est que quand elles ont acquis un volume un peu considérable, et qu'elles continuent à croître encore, qu'il

convient d'y appliquer les secours de l'art. Ces secours sont, les injections, le séton, le caustique, l'incision, l'extirpation et l'excision.

Il y a quelques cas où les injections sont le seul moyen dont on puisse faire usage. J'ai eu à donner des conseils à des personnes qui avaient au devant du cou des tumeurs sébacées fort volumineuses, et appuyées sur le cartilage thyroïde et sur la glande de même nom, de laquelle ces tumeurs semblaient s'élever. Quel autre moyen de guérison eût été praticable? Le caustique porté sur les glandes est d'un usage très-dangereux. L'expérience a appris que l'irritation qu'il excite rend souvent ces organes cancéreux, de squirreux qu'ils étaient avant son application. Les autres procédés opératoires auraient pu avoir les suites les plus funestes. J'ai donc dû me borner à conseiller de vider ces tumeurs qui présentaient une fluctuation assez semblable à celle des tumeurs aqueuses, et de substituer à l'humeur qu'elles contenaient une liqueur propre à irriter les parois de la poche, et à y exciter une inflammation ou peut-être une suppuration qui tendissent à les rapprocher, ou bien de traverser ces tumeurs avec un séton qui produisît le même effet; genre de traitement qui est conforme à celui dont on fait usage dans quelques cas d'hydrocèles par épanchement. J'ignore si le conseil que j'ai donné en ces occasions a été suivi, et quel peut en avoir été le succès.

Il y a plusieurs manières d'employer le caustique. Si la tumeur est volumineuse, on ne peut se dispenser d'user de la potasse concrète, dont on applique une traînée sur la partie de cette tumeur qui est la plus élevée. Les parties voisines du lieu où se fait son application sont garanties au moyen d'un emplâtre de consistance tenace qui soit fenêtré. Un autre emplâtre plus grand est mis par dessus, et le tout est maintenu par des compresses et quelques tours de bande, ou par un bandage quelconque approprié à la partie sur laquelle on opère. Lorsque le caustique a cessé de faire de la douleur, son action est finie. On peut alors le lever, fendre l'eschare qu'il a produite, et vider la liqueur amassée, ou attendre que cette eschare se détache, et permette à la liqueur de sortir peu à peu. Il ne faut plus que des pansemens simples, et la nature fait le reste. Ou elle met le kyste en fonte, et elle l'expulse par lambeaux, ou elle en rapproche les parois, opposées de manière qu'elles se collent, et ne laissent plus de vide dans lequel il se fasse une nouvelle collection d'humeur; mais il est possible que ces effets n'aient pas lieu, et que le mal se reproduise.

Dans le cas où la tumeur sébacée ne serait pas fort grosse, ainsi qu'il arrive pour le plus souvent à celles qui se forment sous le cuir chevelu, on peut employer avec succès un genre de caustique dont l'usage est facile. C'est l'acide nitrique, dans lequel on

plonge ou une plume, ou une paille de diverse grosseur, coupées en travers, et qu'on laisse égoutter, pour qu'il n'y reste pas trop de cette liqueur. Le bord tranchant de cette paille ou de cette plume est appliqué sur le lieu de la tumeur qu'on se propose d'ouvrir, et la paille ou la plume est tournée légèrement entre les doigts. Elle ne tarde pas à s'enfoncer dans la tumeur qui se vide, et dont on touche le fond avec l'un des deux moyens employés, si cela est jugé nécessaire.

Un particulier faisait usage de ce caustique; mais il le tenait secret. M. Tenon, qui assistait à l'application qu'il en faisait sur une tumeur enkystée à la paupière supérieure de l'œil gauche, lui vit tirer de sa poche une petite fiole qui contenait une liqueur transparente, et une paille mince qu'il y plongea légèrement, et dont il fit l'usage que je viens de dire. Ayant remarqué que les doigts de ce particulier étaient tachés de jaune, il connut que la liqueur employée était de l'acide nitrique. Elle eut le succès desiré. Depuis ce temps, M. Tenon en a fait usage dans divers autres cas de la même espèce, et elle lui a également réussi. Je l'ai employé plusieurs fois, et le succès a été le même.

L'incision pratiquée sur les tumeurs sébacées ne peut réussir que lorsqu'elles n'ont pas acquis beaucoup de grosseur. Pour peu qu'elles soient volumineuses, le kyste, devenu épais, ne se rétrécit ni se colle par la suppuration, et la plaie que cette es-

pèce de corps étranger remplit devient interminable. Je me rappelle qu'ayant employé ce procédé dans ma jeunesse, sur une tumeur de la grosseur d'une pomme d'api ordinaire, qui était située au haut de la cuisse, tout près de la fesse, je me crus obligé de rendre cruciale l'incision, qui d'abord n'avait été que longitudinale, afin de pouvoir cautériser le kyste, qui, semblable à un cuir épais, ne paraissait pas disposé à se séparer de ses adhérences. Je le touchai avec le nitrate d'argent fondu, avec le nitrate de mercure liquide, avec le muriate d'antimoine solide et liquide. Je le couvris avec un onguent consomptif dans lequel l'oxide rouge de mercure entrait en grande quantité. Il résista à tout, et semblait même augmenter d'épaisseur, à mesure que j'appliquais des caustiques plus actifs. Je fus obligé de le détacher avec le bistouri; ce qui fut une opération assez pénible. La guérison fut chèrement achetée.

Lors donc que la grosseur d'une tumeur sébacée est un peu considérable, il vaut mieux en faire l'extirpation. La peau qui couvre la tumeur est fendue en long, en T ou en croix, suivant le volume de cette tumeur, et suivant le lieu qu'elle occupe, sans toucher à la poche ou kyste, si cela est possible. Cette poche est séparée d'avec les parties qui lui sont adhérentes; et pour cela on la soulève avec les doigts, avec une airigne ou avec un fil dont elle a été traversée, et lorsqu'elle est entièrement détachée, on

rapproche les bords de la peau, que l'on couvre avec de la charpie soutenue par un appareil convenable, et on attend la suppuration, qui doit en recoller les lambeaux, et qui opère la guérison.

L'extirpation qui vient d'être décrite est certainement un procédé dont le succès est infaillible; mais il n'est pas sans danger. Dans le cas ou une tumeur de cette espèce serait énormément grosse, il ne pourrait être mis en usage sans faire une plaie de grande étendue, et qui non-seulement pourrait exposer à de fortes hémorragies, mais encore à des suppurations abondantes, de longue durée, et d'un événement incertain. C'est pour cela qu'on a imaginé le procédé de la rescision, qui consiste à enlever la calotte de peau et de kyste qui font la partie la plus élevée de la tumeur, et de laisser le fond du kyste, qu'on abandonne à la nature, et qui se soude avec les bords de la plaie des tégumens. On croit que ce procédé est dû à Chopart, l'un des professeurs de l'École de Médecine de Paris, mort depuis quelques années. Comme elle est nouvelle pour le plus grand nombre des personnes qui s'occupent de l'art de guérir, je crois utile de rapporter ici quatre observations qui la feront mieux connaître que tous les raisonnemens possibles. Elles sont tirées d'une thèse soutenue à l'École de Médecine de Paris, par M. Monnier. C'est la vingt-troisième de celles qui ont été imprimées in-quarto.

Un particulier portait depuis quinze ans au genou droit une grosse tumeur stéatomateuse couverte de cicatrices, restes des opérations qui avaient été tentées plusieurs fois sans succès. Lorsque le malade eut été préparé, M. Monnier fit une ouverture assez large au bas de la tumeur, qu'il vida, et dont il lava la cavité avec des injections d'eau tiède, à laquelle on avait ajouté un peu d'eau-de-vie; après quoi, promenant son doigt au dedans, et soulevant la partie antérieure du kyste avec les tégumens dont elle était couverte, il les coupa circulairement et les emporta. La surface dépouillée avait quinze centimètres de long et dix de large. Il ne vint presque pas de sang. La partie fut pansée avec de la charpie sèche. Les bords de la peau suppurèrent, se dégorgèrent, et se confondirent avec ceux du kyste. On aurait dit que le malade avait une large pièce de cuir au devant du genou. Il marchait assez librement dès le quinzième jour de l'opération. Cinq mois après, le bourrelet formé autour du kyste par le bord de la peau cicatrisée n'avait plus que huit centimètres dans le sens le plus étendu. Il se détachait de la surface du kyste des lamelles minces et transparentes. En moins de deux ans, le kyste, qui s'était confondu avec les tégumens, avait totalement disparu. Il ne restait qu'une tache grisâtre qui n'altérait en rien la faculté de mouvoir le genou.

Une autre personne portait, au devant du sternum

et le long des cartilages des côtes du côté droit, une tumeur de la même espèce, de forme ovale, et de trente-deux centimètres de circonférence, dont la cause et l'origine lui étaient inconnues, qui s'était ouverte plusieurs fois, et qui avait été attaquée à diverses reprises sans succès. Après quelques jours de préparations, cette tumeur fut ouverte comme l'autre à sa partie inférieure, et lavée avec des injections. Ce qui en faisait la calotte antérieure fut ensuite enlevé. Le fond du kyste parut, comme celui du premier malade, glabre, insensible, et luisant: on aurait dit qu'il faisait partie du sternum. Le pansement fut le même. La plaie circulaire de la peau fut cicatrisée en moins de huit jours, et le malade, qui était soldat, reprit son service, qu'il avait été obligé de suspendre depuis long-temps. La peau s'étendit de la circonférence au centre, sans que le kyste ait disparu en entier. Il en restait environ de la largeur d'une pièce de cinq francs : le sujet n'en éprouvait aucune espèce d'incommodité.

Un garçon brasseur, en se heurtant, venait de se rompre une espèce de *testudo* qu'il portait depuis dix à douze ans. Il avait été inondé de la liqueur qui y était contenue; et comme cet accident lui était arrivé plusieurs fois, il vint trouver M. Monnier, bien résolu à tout souffrir pour se débarrasser de son incommodité. Celui-ci essaya de détacher la tumeur en entier; mais ayant trouvé que les tégumens ad-

héraient trop au kyste pour qu'il pût les en détacher, il se détermina à les enlever avec lui, en portant l'incision tout autour de la base de la tumeur. L'espèce de plaie qui en résulta était parfaitement ronde, de six centimètres de diamètre, d'un gris luisant, et bordée d'un cercle vermeil. Le pansement fut le même que dans les cas précédens. Le malade n'éprouva aucune incommodité : il ne suspendit pas son travail. A peine y avait-il une semaine qu'il s'était soumis à ce procédé, que la portion de kyste restée avait perdu la moitié de son étendue. Elle était devenue terne et écailleuse.

Le sujet de la quatrième observation de M. Monnier avait au dos une tumeur de forme irrégulière de vingt-huit centimètres de long, sur treize, seize et dix-huit de large en quelques endroits. La consistance de cette tumeur était médiocre : elle n'offrait pas de fluctuation; la peau qui la couvrait était variqueuse et amincie. Elle fut extirpée à sa base, et détachée sans peine et sans écoulement de sang. Il n'en sortit qu'une sorte de pulpe grisâtre et sans odeur. La portion du kyste qui restait était calleuse, de couleur jaune, et semblable à du cuir tanné. Comme elle s'élevait au dessus du bord des tégumens, il fallut en retrancher quelques parties. La cicatrice fut accomplie vingt jours après l'opération. Le malade, âgé de soixante-douze ans, se sentait rajeuni. Le kyste était diminué de moitié lorsque

M. Monnier l'a perdu de vue ; il croit que si cet homme a survécu, elle se réduira à rien.

Des Tumeurs synoviales.

Quelques tendons glissent dans des gaînes qui ne leur sont pas adhérentes, dans lesquelles se trouve une humeur destinée à les assouplir et à faciliter leurs mouvemens, laquelle a toutes les qualités de la synovie qu'on rencontre dans les articulations. Les autres sont enfermés dans un tissu lâche et fibreux auquel ces organes tiennent, et qui est probablement humecté de la même humeur. Si cette humeur vient à s'y amasser, elle donne naissance à des tumeurs à peu près rondes, dont la grosseur varie depuis celle d'un noyau de cerise jusqu'à celle d'un œuf de pigeon et plus, qui ne change pas la couleur de la peau et qui est insensible au toucher. Cette tumeur suit les mouvemens du tendon auquel elle est attachée, et dont elle paraît faire partie. Elle est connue sous le nom de ganglion ; et comme elle rentre dans la classe de celles qui précèdent, je pense qu'elle doit porter le nom sous lequel je l'ai désignée. Quelques-uns croient qu'il peut s'en former partout où il y a des tendons, et même au dessus du pied, comme il s'en présente au dos de la main. Je n'ai nulle autre raison pour dire le contraire, si ce n'est que je n'en ai jamais vu qu'en ce dernier endroit. Je crois même

me rappeler n'en avoir trouvé qu'à des femmes et à des enfans.

Les tumeurs synoviales ne causant d'autre incommodité que celle de gêner les mouvemens des doigts, ne sont pas de grande importance, cependant elles produisent un peu de difformité, et les personnes qui en ont desirent qu'on les en débarrasse. On a conseillé d'y appliquer des fondans, qui ne peuvent avoir d'effet sur une humeur épanchée, et par conséquent hors des voies de la circulation. Quelques-uns ont pensé qu'on les dissiperait en les couvrant avec une plaque de plomb frottée de mercure. La compression qu'on exerce par ce moyen ajoute sans succès à l'inconvénient qui résulte du mal même. Une très-petite ouverture pratiquée à ces tumeurs pour vider l'humeur qu'elles contiennent serait peut-être un moyen de guérison aussi sûr qu'il serait facile; mais je ne l'ai employé ni vu employer; au lieu qu'il m'est souvent arrivé de crever des ganglions déjà devenus gros, non en frappant dessus avec un corps lisse, tel qu'un livre relié ou une palette de bois, ainsi qu'il est prescrit dans les livres de l'art, mais en les comprimant fortement avec les pouces de mes deux mains. Voici le procédé. Je prends la main de la personne incommodée dans une des miennes, en mettant les quatre derniers doigts au dedans de celle de cette personne; et le pouce sur le ganglion; ensuite avec le pouce de l'autre main, que je pose sur le pre-

mier, je presse fortement jusqu'à ce que je m'aperçoive que j'ai crevé le kyste, et que l'humeur qu'il contenait s'est répandue dans le tissu cellulaire. Des pressions légères, et ensuite quelques frictions renouvelées plusieurs fois pendant deux ou trois jours, dissipent la synovie qui s'est répandue dans le voisinage, et le mal est guéri.

DES TUMEURS FAITES PAR LA GRAISSE.

La graisse est répandue dans le tissu cellulaire qui est au dessous des tégumens, en une proportion qui répond aux usages qu'elle doit remplir. Si elle s'amasse en un lieu plus qu'en un autre, et si la congestion qui a commencé à se faire augmente, il en résulte une tumeur qui s'élève au dessous des tégumens, et dont les accroissemens peuvent devenir excessifs. C'est ce qu'on apelle lypômes ou loupes graisseuses. On en voit qui deviennent d'une grosseur immense, et qui, tirant pour ainsi dire à elles tous les sucs qui devaient servir à la nourriture du corps, finissent par jeter dans le marasme ceux qui les portent. Ces tumeurs affectent des formes différentes. Quelquefois elles ont une base large. En d'autres occasions, elles portent sur un pédicule de diverse grosseur. Elles n'altèrent la couleur de la peau que quand elles deviennent fort grosses. C'est aussi en cette dernière circonstance qu'elles deviennent douloureuses,

à moins que leur situation ne les expose à des frottemens fréquens ou à de fortes pressions. La manière dont elles croissent varie beaucoup. Il y en a qui sont long-temps stationnaires, ou même qui le sont toujours. D'autres au contraire augmentent de volume avec une progression effrayante.

Rien ne peut dissiper une loupe qui a commencé. Rien ne peut s'opposer à ses accroissemens. Il ne reste donc d'autres ressources contre celles qui en prennent d'une manière rapide, que d'en débarrasser le malade par quelque procédé opératoire. Ce procédé varie. Si la tumeur est plate et que la base en soit large, il faut l'extirper, comme il a été dit des tumeurs sébacées. Si elle est fort élevée au dessus du niveau de la peau, et que celle qui la couvre soit fort amincie à son sommet, l'extirpation se fait d'une autre manière. On commence par inciser la peau non autour de la base de la tumeur, ce qui ferait une très-grande plaie, mais au dessus de cette base, en s'approchant du sommet autant que l'etat sain des tégumens le permet. La peau coupée, on sépare ce qui en reste d'avec la base de la tumeur, qu'on détache d'avec les parties sur lesquelles cette base pose; après quoi on l'enlève tout-à-fait. Il ne reste plus qu'à nettoyer la plaie, à pourvoir à l'hémorragie, s'il y en a, en liant les vaisseaux qui fournissent le sang, après les avoir saisis avec des pincettes, et à panser

la plaie avec de la charpie, des compresses et un bandage approprié.

Dans le cas où le lypôme porterait sur un pédicule, le procédé doit être le même. On peut cependant le détacher au moyen d'une ligature; mais avant qu'elle soit appliquée, la peau doit être incisée circulairement. Si on ne prenait pas cette précaution, la ligature serait excessivement douloureuse. Lorsque le malade a trop de répugnance pour l'instrument tranchant, il est facile de détruire la peau du pédicule avec un lien de fil qui ait été trempé dans de l'acide nitrique et dont on l'entoure. Le caustique détruit la peau sans faire trop de douleur, et la ligature qui doit faire tomber le lypôme n'en cause aucune.

DES TUMEURS FAITES PAR LE PUS.

Ces tumeurs portent le nom d'abcès. Le pus qui les forme provient, pour le plus souvent, de phlegmons, d'érysipèles ou de rhumatismes qui se sont terminés par suppuration. Quelquefois il est déposé dans le lieu qu'il occupe, par l'effet d'une crise qui termine des fièvres de mauvais caractère, ou il y est porté par la pesanteur. Enfin il y a des abcès qui sont causés par la présence de corps étrangers, ou par l'effusion de liqueurs excrémentitielles sorties des canaux qui les contiennent, de sorte que les abcès sont phlegmonneux, érysipélateux, rhumatismaux,

critiques, métastatiques, ou dépendans d'une des dernières causes dont il vient d'être parlé.

Des Abcès phlegmonneux.

La manière de procéder dans le traitement de ces tumeurs varie suivant le lieu qu'elles occupent. Je vais donc exposer celle qui convient lorsqu'elles sont placées au dessous des tégumens, et lorsqu'elles ont leur siége dans divers organes.

Des Abcès situés au dessous des tégumens.

L'indication générale que présentent les abcès, est d'évacuer le pus qu'ils contiennent au moyen d'une ouverture pratiquée à l'endroit où ils font le plus de saillie, et, autant qu'il est possible, au lieu le plus déclive, afin que le pus, qui doit continuer à s'écouler des parois de leur foyer, se porte plus facilement au dehors. Cependant tous ceux qui sont situés au dessous des tégumens ne doivent pas être ouverts. Il y en a qu'il paraît mieux d'abandonner à eux-mêmes. La cause qui les a produits, en écartant le tissu cellulaire qui est le siége de toute inflammation, a nécessairement aminci la peau à l'endroit qui lui répond. Le pus la soulève; il la tend et parvient à la percer; cette humeur s'écoule par une ou par plusieurs ouvertures; la partie se dégorge; la tuméfaction des parties voisines se dissipe, les parties se

rapprochent et le mal guérit. Il ne faut donc que faciliter la maturité de ces sortes d'abcès par des applications émollientes et relâchantes, telles que les cataplasmes préparés avec la farine de graine de lin, ou la mie de pain rassis, cuites dans de l'eau de guimauve ou dans du lait, ou avec la pulpe des herbes émollientes seule, ou rendue onctueuse par le mélange d'une substance grasse, comme le sain-doux ou l'onguent basilicum, ou simplement l'emplâtre d'onguent de la mère ou de diachylum gommé. Lorsque la tumeur est ouverte, on insiste sur l'un de ces moyens autant que cela paraît nécessaire.

On a toujours recommandé de traiter les abcès qui surviennent au visage, au cou, et aux mamelles des femmes comme il vient d'être dit, pour éviter la difformité qui résulterait de la cicatrice, si ces abcès étaient ouverts. Comment les succès journaliers que l'on obtient en suivant cette manière d'agir n'ont-ils pas engagé à l'appliquer aux autres abcès de la même espèce, tels que ceux des aisselles, des aines, et ceux qui arrivent en quelque partie du corps que ce soit, et qui ont leur siége au dessous des tégumens? Je puis assurer qu'elle réussit également bien, et que la guérison qu'elle procure est exempte de tout inconvénient. Aussi n'ouvrai-je plus les abcès par fluxion, que lorsqu'ils sont situés profondément, ou lorsqu'ils sont sous des aponévroses.

Ceux-ci ne parviennent pas aussi facilement à la

maturité, et cette maturité doit être provoquée par un usage plus long des topiques qui viennent d'être indiqués, et surtout des cataplasmes faits avec la pulpe des herbes émollientes, à laquelle on ajoute quelquefois les oignons de lis ou des oignons ordinaires, du levain et quelque corps gras. On les reconnaît à la diminution des symptômes de l'inflammation qui a précédé, à l'empâtement qui s'élève sur le foyer de l'abcès, et à la fluctuation qu'il présente. Lorsqu'en appuyant alternativement les doigts sur divers points de l'abcès, elle se fait sentir d'une manière distincte, il ne faut pas hésiter à procurer une issue au pus, en faisant une ouverture convenable. Cette ouverture doit être pratiquée avec l'instrument tranchant, dans le lieu où la tumeur fait le plus de saillie, et en même temps à sa partie la plus déclive, suivant la rectitude de la partie sur laquelle on opère, et d'une étendue proportionnée à la quantité d'humeur amassée et à la profondeur du lieu qu'elle occupe; c'est-à-dire qu'elle doit être plus grande lorsque l'abcès est plus considérable, et qu'il est situé plus profondément; et *vice versâ*. Cependant il est rare qu'elle doive avoir plus de quarante millimètres de longueur, quelles que soient les dimensions de l'abcès qu'on se propose d'ouvrir. Elle sera toujours assez grande si le pus peut s'évacuer aisément. Dans le cas où la forme ou la grandeur du foyer ne permettrait pas d'obtenir cet

avantage d'une seule ouverture, il faudrait en faire plusieurs, soit en retenant le pus par l'application d'un tampon de charpie sur la première, soit en glissant un ou deux doigts ou une sonde dans le foyer de l'abcès, pour tendre les tégumens à l'endroit où la seconde doit être faite.

Cette ouverture se pratiquait autrefois avec une lancette fort large destinée à cet usage, et que l'on nommait lancette à abcès. On se sert à présent d'un bistouri que l'on plonge dans la tumeur, et avec lequel on coupe avec plus de facilité. Si l'abcès était au voisinage de quelques gros vaisseaux ou de toute autre partie qu'il fallût ménager, il serait prudent de plonger le bistouri de manière que le dos de cet instrument fût tourné vers le fond de la tumeur, et que son tranchant le fût du côté des tégumens, et de le conduire comme si on se servait de la lancette, de peur que la résistance que la peau offre à son action n'obligeât à appuyer avec trop de force, et n'exposât à blesser les parties intérieures. En cas que l'ouverture ne se trouve pas assez grande, il est aisé d'en augmenter l'étendue en portant le doigt indicateur d'une main au dessous de l'un des angles de la plaie pour tendre les tégumens, et en incisant vers l'autre.

La tumeur ouverte, le pus s'écoule. Il ne faut couvrir la partie dans les premiers instans qu'avec un linge, et l'envelopper avec le drap qui avait été

placé dessous pour recevoir l'humeur. Lorsqu'elle paraît suffisamment dégorgée, on se contente d'appliquer dessus un cataplasme ou un emplâtre, ou on introduit dans l'ouverture une bande de linge effilée ou une mèche de charpie pour servir de filtre au pus, et pour empêcher que les bords de cette ouverture ne se rapprochent trop tôt. Les pansemens suivans sont presque les mêmes, excepté que la bande de linge ou la mèche de charpie sont graissées avec un peu d'onguent. Les premiers jours passés, on ne couvre la plaie qu'avec un plumasseau sec et avec des compresses qui sont contenues par quelques tours de bande.

Des Abcès du cerveau.

Il n'y a pas de doute qu'il ne se fasse quelquefois des collections de pus dans l'épaisseur ou dans les cavités du cerveau. Ces abcès sont nécessairement mortels, parce qu'ils sont hors de la portée des procédés opératoires. Il n'y a que ceux qui occupent la superficie de ce viscère, et qui se forment à l'occasion d'une plaie aux tégumens et au crâne qui a mis le lieu où ils résident à découvert, qu'on pourrait vider en y plongeant la pointe d'un bistouri. Mais combien doivent être rares les occasions dans lesquelles cette opération puisse être pratiquée! Combien d'incertitude dans les signes que de semblables abcès peuvent donner de leur présence! Enfin com-

bien de prudence il faudrait pour ne porter l'instrument qu'à la profondeur nécessaire, pour éviter de donner atteinte aux vaisseaux qui rampent entre les circonvolutions du cerveau, et pour ainsi dire à sa superficie! Il a été parlé de ces abcès à l'occasion des plaies de la tête qui pénètrent au dedans du crâne, et les difficultés de l'opération qu'on croirait pouvoir leur être appliquée n'ont pas été dissimulées.

Des Abcès des yeux.

Une inflammation violente aux yeux peut être suivie d'abcès, dont le pus occupe toute la cavité intérieure de cet organe, ou est logé dans le lieu destiné à recevoir l'humeur aqueuse, ou dans l'épaisseur de la cornée. Ceux de ces abcès qui résultent de la fonte totale de l'œil n'ont pas de nom particulier : les autres sont connus sous ceux d'hypopion et d'onguis.

Les grands abcès s'annoncent par les symptômes les plus menaçans, tels qu'une douleur profonde à l'œil et dans toutes les parties de la tête, une fièvre ardente, une grande agitation, de l'insomnie et du délire. S'il s'y joint des pulsations ou battemens marqués; si les accidens inflammatoires, après être parvenus au plus haut degré, se calment sans diminution de volume de l'œil qui s'élève inégalement, en quelques points de son étendue; s'il survient des

frissons irréguliers, et que des douleurs tensives succèdent aux battemens que le malade a éprouvés, on peut croire qu'il s'est formé un abcès dont le pus doit être évacué. On a vu périr des malades, parce qu'une crainte mal fondée avait empêché de donner issue à ce pus; et d'autres n'ont échappé au danger qui les menaçait que par la crevasse spontanée de l'œil, et par l'écoulement qui en a été la suite. Il faut donc y pratiquer une ouverture assez grande pour que l'humeur sorte en entier. Cette ouverture se fait avec un bistouri ordinaire que l'on plonge dans la partie de l'œil la plus saillante, ou, si rien ne détermine à ouvrir dans un endroit plutôt que dans un autre, à sa partie moyenne inférieure, au dessous de la cornée. L'œil s'affaisse, les douleurs se calment, la suppuration diminue peu à peu, la plaie se rétrécit et se ferme; et l'œil, réduit à un volume moindre que celui qui est naturel, devient propre à supporter un œil d'émail, qui corrige la difformité de cet organe. Les moyens qu'il convient d'employer pour assurer le succès de l'opération que l'on vient de décrire se bornent à de fréquentes ablutions d'eau tiède, et à des applications émollientes d'abord, et ensuite résolutives et discussives, secondées d'un régime convenable à l'état du malade.

L'hypopion ou abcès dans la chambre antérieure de l'œil se connaît aux marques suivantes : il se forme derrière la cornée une quantité de pus dont

la couleur est blanche d'abord, et jaune ensuite, lequel occupe la partie inférieure du lieu où il est placé, et présente l'apparence d'un croissant dont la convexité est en bas, et dont les cornes sont tournées en haut. Ce pus augmente peu à peu; il monte jusqu'à la hauteur de la pupille, et s'introduit par cette ouverture entre l'iris et le cristallin. Cependant on le voit souvent rester plusieurs jours et plusieurs semaines de suite en même quantité; les mouvemens de la pupille s'exercent moins librement qu'à l'ordinaire; elle se resserre de plus en plus, la lumière devient à charge, la vue est trouble, et souvent le malade a de la peine à distinguer le jour d'avec les ténèbres. Il se joint à ces maux une ophtalmie plus ou moins forte; la cornée devient terne; elle fait une grande saillie; des douleurs pulsatives et pongitives se font sentir dans l'œil et dans le côté de la tête qui est affecté, et il survient une fièvre symptômatique; cependant ces derniers accidens sont fort rares.

Plus le pus est abondant, plus il est âcre, plus sa couleur est jaune, plus il est à craindre qu'il ne corrode l'iris et le reste de l'œil, dont il entraînera la fonte, qu'il ne perce la cornée, et qu'il ne laisse un staphylome, une fistule, un rétrécissement à la prunelle, ou qu'il ne détruise les adhérences du cristallin. Il peut même arriver, dans un désordre aussi considérable, non-seulement que l'organisation de

l'œil soit détruite, mais encore que le malade perde la vie, par l'inflammation des méninges et du cerveau.

Des suites moins fâcheuses de l'hypopion sont, le changement de couleur qui arrive quelquefois à l'iris, de sorte que les yeux ne sont plus semblables l'un à l'autre, une grande diminution dans la vue, et des taches à la cornée, lesquelles rendent le malade difforme.

On parvient quelquefois à dissiper l'humeur dont l'amas forme cette maladie au moyen d'applications résolutives. Des sachets faits avec le serpolet, l'origan, l'hyssope, les fleurs de sureau, de lavande et de mélisse, et le safran, cuits dans du vin et appliqués sur l'œil, ont été souvent utiles. On s'est bien trouvé de faire recevoir la vapeur qui s'élève de la décoction de ces substances, et de mettre sur les parties malades des compresses qui en étaient imbibées; mais il faut avoir soin d'entretenir ces sachets et ces compresses chauds, et comme cela est difficile pendant la nuit, on y substitue des cataplasmes avec la pulpe des pommes acides, à laquelle on ajoute quelques grains de camphre et de safran, avec l'attention de disposer ces cataplasmes de manière qu'ils portent au loin sur les bords de l'orbite, afin qu'ils appuient moins sur l'œil. D'autres remèdes du même genre ont été employés dans les mêmes vues, et avec le même succès.

Galien parle d'un moyen de résoudre l'hypopion, qui est purement mécanique. Il dit que, de son temps, un oculiste nommé Justus guérissait beaucoup d'hypopions par les secousses qu'il donnait à la tête. Il plaçait les malades sur une chaise, et, leur saisissant la tête par les côtés, il la secouait de manière que le pus descendait, et se portait vers la partie inférieure de l'œil, d'où il ne remontait plus.

Ce passage a beaucoup occupé les gens de l'art : on l'a interprété diversement. Quelques-uns ont douté de la vérité du fait; d'autres ont jugé que Galien était trop laconique sur un sujet aussi important, et qu'on ne pouvait rien conclure de ce qu'il dit. Cependant Heister a vu la matière qui s'était répandue dans l'œil, à la suite d'une cataracte purulente, se dissiper par les secousses auxquelles le malade fut exposé dans une voiture pendant un voyage qu'il fit peu de temps après. En conséquence, il ne doute pas que le procédé de Justus ne puisse avoir du succès, surtout si on a soin de coucher le malade à la renverse, et de commencer par de légères frictions sur le globe de l'œil. Mauchart faisait quelque chose de semblable. Ses malades étaient placés sur le bord de leur lit, la tête en dehors et plus basse que le reste du corps; et lorsque les choses étaient ainsi disposées, il exerçait des frictions sur la partie inférieure de l'œil, afin de faire remonter le pus vers la prunelle, et de le dis-

poser à passer dans la chambre postérieure, où il était délayé et absorbé par l'humeur aqueuse.

Si on ne peut dissiper l'hypopion, et que les accidens paraissent menaçans, il faut donner issue au pus qui le forme, en incisant la cornée. Cette opération a été pratiquée par Galien, qui dit avoir quelquefois tiré beaucoup de pus par ce moyen. Il incisait à la partie inférieure de la cornée transparente, près du lieu où elle se joint aux autres tuniques de l'œil. La crainte de voir l'humeur aqueuse s'écouler avec le pus, et l'œil s'affaisser sans retour, paraît avoir retenu ceux qui l'ont suivi; car personne n'a parlé d'ouvrir la cornée, dans le cas d'hypopion, avant Paré, qui a osé le faire à son imitation, et qui en a obtenu le succès dont il s'était flatté. Guillemeau, présent à cette opération, assure qu'elle fut faite avec beaucoup de dextérité, quoique Paré eût alors soixante-douze ans : lui-même l'a faite depuis en deux occasions, au grand soulagement des malades, auxquels il n'est survenu aucun accident.

Quelque temps après, Lazare Rivière a rappelé le procédé de Galien, qu'il dit être peu usité de son temps, et demander une grande dextérité de la part du chirurgien, de peur que l'humeur aqueuse ne s'échappe. Il rapporte ailleurs l'histoire d'un chirurgien de Grenoble, qui, voyant dans l'œil une substance blanche qu'il prit pour le pus d'un hypopion, fit à la cornée une légère incision par laquelle il retira un

caillot de sang qui était blanc au dehors, et rouge en dedans : les douleurs que la présence de ce caillot occasionnait se dissipèrent en peu de jours, et le malade fut parfaitement rétabli sans que sa vue fût altérée.

Ces descriptions trop succinctes jeteraient peu de jour sur l'opération qui convient à l'hypopion, si des opérateurs plus modernes, tels que Nuck, Méeckren, Bidloo et autres, qui l'ont pratiquée, ne l'eussent mieux fait connaître. Wolhouse surtout s'en est particulièrement occupé : on ne la trouve pas exposée dans ses écrits, mais ceux qui ont assisté aux leçons qu'il donnait sur les maladies des yeux en ont conservé le procédé. Son premier soin était de préparer les instrumens nécessaires. Méeckren avait fait construire une espèce d'aiguille montée sur un manche, large, bien tranchante, et surmontée, à quelques millimètres de sa pointe, d'un renflement en manière d'éperon, qui empêchait qu'elle ne pénétrât trop avant. Bidloo en employait une qui avait une pointe allongée comme un bec d'oiseau. Maître-Jan et Saint-Yves ont proposé depuis une lancette ordinaire, armée d'une bandelette, laquelle devait avoir le même effet que l'éperon qui se trouve près de la pointe de l'aiguille de Méeckren. Wolhouse préférait un instrument de son invention, auquel il donnait le nom de *ponctuale*. C'était une aiguille assez longue, triangulaire, courbée à son extrémité, poin-

tue de manière que sa face convexe fût plate, et que l'un des angles, plus mousse que les angles latéraux, fût à sa face concave. Il y joignait, pour plus de sûreté, une autre aiguille de la même forme, mais aplatie, et non triangulaire; des ciseaux bien tranchans; un stylet cannelé à l'une de ses extrémités, sur lequel les ciseaux pussent être conduits, et garni de l'autre d'une espèce de cuillère allongée; une petite seringue, et un stylet mousse pour suspendre la paupière supérieure.

Le malade, placé sur un siége médiocrement élevé et bien contenu, le dos tourné au jour, Wolhouse couvrait l'œil sain avec un bandeau, de peur que ses mouvemens n'entraînassent celui qui était malade; puis il faisait relever la paupière supérieure avec le crochet destiné à cet usage, et abaissait lui-même l'inférieure. L'aiguille était plongée au bas de la cornée, trois millimètres au dessus de sa jonction avec la sclérotique; il lui donnait une impulsion assez forte pour que cet instrument pût parvenir au foyer de l'abcès; et il avait l'attention d'en présenter la face convexe du côté de l'iris, et la face concave du côté de la cornée. Lorsqu'il jugeait avoir percé l'épaisseur de cette membrane, il cessait de pousser l'aiguille aussi fortement, de peur de blesser l'iris, et il en portait le tranchant à droite et à gauche, dans la vue d'agrandir l'ouverture : le pus sortait avec l'humeur aqueuse. S'il ne trouvait pas que l'issue en fût assez

libre, il portait dans la plaie une aiguille triangulaire et plate, ou il introduisait un stylet cannelé, le long duquel il faisait glisser les ciseaux, et terminait, en quelques cas, par injecter une petite quantité d'eau tiède, avec laquelle il délayait le pus resté, et nettoyait entièrement la chambre antérieure de l'œil.

Les attentions de Wolhouse ne se bornaient point là : il avait vu quelquefois le cristallin s'avancer à travers la pupille, et pousser l'iris en devant. Il retenait ce corps avec le dos de la cuillère dont le stylet était armé. Dans d'autres circonstances, le cristallin s'était entièrement déplacé, et il était venu se loger au devant de l'iris. Wolhouse n'hésitait pas à augmenter la plaie faite à la cornée, pour en faciliter l'extraction. Enfin, s'il arrivait que l'iris, privée du soutien que lui donne l'humeur aqueuse, s'affaissât, et qu'elle vînt s'engager entre les lèvres de la plaie de la cornée, il la dégageait avec la partie large de son stylet, et remettait cette partie membraneuse en son lieu.

L'opération achevée, l'œil était couvert de coton cardé, sur lequel on avait étendu l'espèce d'écume que forme le blanc d'œuf battu avec de l'eau rose et du sulfate d'alumine, ou des compresses trempées dans une liqueur mucilagineuse, à laquelle on avait ajouté un peu de safran et de camphre, et qui étaient renouvelées assez souvent pour qu'elles n'eussent pas

le temps de sécher. Ces pièces d'appareil étaient soutenues d'une manière lâche et qui ne pût exercer de compression; le malade était mis dans son lit, la tête élevée, couché à la renverse, loin du bruit, et de façon à ne pas être exposé à une lumière trop vive, et son régime était déterminé d'après les circonstances.

La manière d'opérer de Nuck, de Bidloo et des autres, était la même : elle n'offrait d'autre différence que celle qui résulte des instrumens dont ils se servaient. Ces praticiens pouvaient les employer avec beaucoup d'avantage; mais il semble qu'il serait beaucoup plus simple de faire usage d'une de ces aiguilles triangulaires montées sur un manche, et portées sur une tige flexible, dont Daviel se servait dans l'opération de la cataracte. Cette aiguille, courbée au point où on le croirait nécessaire, serait portée sur la cornée, au même lieu et avec les mêmes précautions que celle de Wolhouse; et son peu d'épaisseur, sa pointe acérée, et sa largeur, qui est assez grande, donneraient toute la facilité possible d'ouvrir la cornée autant qu'il serait nécessaire.

Il pourrait arriver que le pus qui forme l'hypopion se fît jour de lui-même, et qu'il perçat la cornée. Si l'ouverture est assez grande pour qu'il s'écoule librement, il n'y a rien à faire que de donner au malade les mêmes soins que s'il avait été opéré. Si elle est trop étroite, on ne doit point hésiter à l'agrandir

au moyen d'un stylet cannelé et des ciseaux, en supposant qu'elle soit placée convenablement, ou à en faire une autre au lieu qui a été désigné. Wolhouse craignait qu'en agissant ainsi on n'augmentât la disposition inflammatoire de l'œil, sans empêcher le pus de suivre la route qu'il s'est frayée spontanément; mais la disposition dont il s'agit serait moins l'effet de l'incision de la cornée, dont la sensibilité est médiocre, que de la présence du pus, qui cause de l'irritation sur les parties intérieures de l'œil : et il paraît certain que cette liqueur, trouvant plus de facilité à sortir par l'ouverture faite avec l'instrument tranchant, cesserait de se porter vers l'autre, qui est plus étroite, et qui ne lui permet pas de s'écouler avec la même liberté.

L'onguis, ou amas de pus entre les lames de la cornée, est ainsi nommé parce qu'il a la forme d'un ongle. Il diffère de l'hypopion par le siége qu'il occupe, et des autres maladies des yeux qui ont quelque ressemblance avec lui, telle que le ptérigion, sorte d'excroissance qui naît de la caroncule lacrymale, ou seulement de la conjonctive, et des taches de la cornée, lesquelles sont anciennes, permanentes, sans douleur, et pour l'ordinaire sans grande rougeur aux yeux, en ce que l'onguis est une maladie récente, douloureuse, accompagnée le plus souvent d'ophtalmie et de difficulté de supporter la lumière. On le reconnaît à ces marques et au chan-

gement de couleur qui arrive à la cornée, tantôt dans une partie de cette membrane, tantôt dans toute son étendue, sans qu'elle paraisse beaucoup plus élevée qu'à l'ordinaire.

Si le pus qui forme l'onguis est en quantité médiocre, il peut se dissiper de lui-même ou à l'aide de quelques résolutifs; mais s'il est abondant ou qu'il péche par acrimonie, il ronge la cornée en dedans, en dehors, ou des deux côtés à la fois, et dégénère en ulcère, en hypopion ou en fistule de la cornée. Dans ce dernier cas, il peut donner lieu à un staphylôme qui cause une altération très-notable dans l'organe de la vue. Pour le plus souvent, le pus de l'onguis s'épaissit, et forme à la cornée des taches qui sont indélébiles. C'est pourquoi, plus cette maladie a d'étendue et de profondeur, plus elle répond à la partie moyenne de l'iris, plus le sujet est âgé, plus elle est à craindre. Ce danger est beaucoup moins grand dans les circonstances contraires, surtout lorsqu'on peut opérer de bonne heure, et que la cornée s'exfolie, car c'est ainsi qu'elle guérit.

L'onguis peut être la suite de toute espèce d'inflammation violente à l'œil. Il succède fréquemment aux pustules de la petite-vérole, qui, lorsqu'elle est confluente, n'épargne pas plus la cornée que les autres parties du corps. L'onguis peut cependant arriver à la suite de cette maladie sans qu'il se forme de pustule sur la cornée, lorsque, par une précaution

mal entendue, on écarte les paupières, que la nature a sagement collées, soit pour éviter que la lumière vienne frapper les yeux et y causer de la douleur et de l'irritation, soit parce que l'humeur qui découle des paupières, se glissant entre elles, attire de l'inflammation au globe. Il ne faut donc écarter les paupières, dans la petite-vérole, que lorsque la douleur profonde, permanente et pulsative des yeux fait craindre quelque désordre intérieur.

Lorsqu'on a satisfait aux premières indications que présente l'onguis, celle de calmer l'inflammation qui le cause, et celle de résoudre le pus qui le forme, on ne peut se dispenser de donner issue à cette humeur. Les instrumens qui y sont propres, sont les aiguilles de l'espèce de celles recommandées pour l'hypopion, que l'on porte entre les lames de la cornée, jusqu'à ce qu'elles soient parvenues au siége du mal. La manière de s'en servir ne peut être décrite : elle varie suivant le lieu et la profondeur de l'onguis. On fait succéder à leur usage des lotions émollientes et résolutives, et dans la suite des topiques plus actifs, tels que le sucre candi réduit en poudre dans un mortier de plomb, pour qu'il contracte un peu de la vertu de ce métal, ou un onguent dont celui de tutie est la base, et auquel on ajoute quelques parcelles de camphre et d'aloès soccotrin. Cinq à six graines d'orvale introduites entre les paupières, et laissées pendant une demi-heure, peuvent

favoriser le dégorgement et l'exfoliation de la cornée. Quoique pour l'ordinaire il reste aux adultes et aux vieillards une tache plus ou moins forte à la suite de l'onguis, c'est beaucoup que d'avoir évité des maladies plus graves.

Saint-Yves donne deux avis importans à l'occasion des taches de la cornée : le premier est, que souvent quelques vaisseaux variqueux de la conjonctive se portent vers le siége de ces abcès, et les entretiennent. Ces vaisseaux doivent être coupés avec une aiguille que l'on passe par-dessous. L'autre est, qu'il est dangereux et inutile d'enlever avec la lancette les pustules de la cornée, comme quelques-uns ont l'habitude de le faire, parce qu'il en résulte une cicatrice qui obscurcit la vue. Il convient cependant que l'on peut en user ainsi dans les abcès qui résultent de la petite-vérole, sans doute parce que ces sortes d'abcès sont beaucoup plus superficiels que les autres.

Des Abcès du sinus maxillaire.

Le pus qui forme ces abcès, étant renfermé dans une cavité osseuse, ne peut être connu que par les signes de l'inflammation dont il est le produit, et par les incommodités qui en résultent. Les abcès dont il s'agit ne sont pas toujours précédés d'accidens bien graves, parce qu'ils sont plutôt le produit d'une inflammation sourde et chronique que d'une

inflammation aiguë. Pour le plus souvent ils sont occasionnés par la carie dont les racines des dents qui approchent le fond du sinus sont attaquées. On ne connaît donc les abcès de ce sinus que par les douleurs dont ils ont été précédés, et par la sortie du pus qui s'en échappe à travers les alvéoles des dents qu'il a percées, et qui se fait jour en un ou plusieurs endroits, entre le collet des dents malades et les gencives. Lorsque cela arrive, il faut lui donner issue par une ouverture qui perce dans le sinus, et qui permette d'user d'injections détersives pour nettoyer ce sinus, et pour disposer ses parois ulcérées à se consolider. On y parvient en faisant arracher la seconde et la troisième molaire, dont l'anatomie apprend que les alvéoles n'en sont séparées que par une cloison mince. Cette cloison est facile à percer et à détruire avec le poinçon d'un trois-quarts que l'on porte au fond des alvéoles, et que l'on tourne en différens sens pour agrandir l'ouverture qu'il a faite. Il n'y a rien de dangereux dans ce procédé. Cependant, avant de le mettre en usage, il est bon de s'assurer si l'écoulement du pus qui détermine à la pratiquer vient du sinus; car il pourrait se faire qu'il fût fourni par les gencives à l'occasion d'une carie à l'une des alvéoles. Les doutes qu'on pourrait avoir à cet égard sont aisés à dissiper. Si le pus continue à couler en même quantité après l'arrachement des dents, il est probable qu'il

vient du sinus. Alors on fait des injections dans cette cavité plusieurs fois par jour, pour diminuer l'incommodité du pus qui tombe dans la bouche. Peu à peu ce pus diminue de quantité; l'ouverture qu'on a faite au sinus devient moins grande, et on la laisse se fermer, à moins que, pour assurer la guérison, on n'y place une canule qui permette de continuer les injections plus long-temps. A la fin, tout rentre dans l'état naturel.

Des Abcès de la bouche et de la gorge.

Rien n'est plus commun que les abcès qui se forment dans le tissu des gencives et le long du bord alvéolaire des mâchoires. Pour l'ordinaire, ces abcès percent et guérissent sans le secours de l'art, et l'on est rarement dans la nécessité de les ouvrir, ce qui se ferait aisément avec la pointe d'un bistouri.

Les abcès qui occupent les amygdales peuvent être de plus grande importance. Le gonflement dont ils sont accompagnés gêne les mouvemens de la déglutition et de la respiration. Il faut donc les ouvrir s'ils tardent trop à percer d'eux-mêmes, pour rétablir la liberté de ces deux fonctions également nécessaires. Un bistouri dont la lame serait entourée jusqu'à peu de distance de sa pointe avec une bande de linge fin remplirait bien cet objet; mais on se sert communément d'un instrument dont on attribue l'invention à Jean-Louis Petit, et qui est essentiel-

lement composé d'une lancette large et épaisse, montée sur une tige, laquelle est enfermée dans une canule longue et plate, fendue à son extrémité. Le manche ou, si on veut, la partie extérieure de cet instrument, est faite par une autre canule de forme cylindrique, plus courte, dans laquelle est logé un ressort qui fait rentrer la lame dans sa gaîne sitôt qu'on cesse d'appuyer sur une autre tige qui tient à ce ressort. L'instrument est connu sous le nom de pharyngotôme. Il peut être employé à divers autres usages, tels que celui de faire une contre-ouverture dans un lieu éloigné, et à travers des parties qu'il faut ménager, ou d'établir un séton. Le cystitôme que La Faye a fait construire pour ouvrir la capsule cristalline dans l'opération de la cataracte, n'est qu'un pharyngotôme construit sur un modèle beaucoup plus petit. De quelque manière que l'on ait procédé pour ouvrir ces abcès, il ne reste plus rien à faire que de prescrire l'usage d'un gargarisme légèrement détersif qui complète la guérison.

Des Abcès des mamelles.

Il peut survenir des abcès aux mamelles dans toutes les circonstances de la vie, soit à l'occasion d'un coup, d'une forte pression ou de toute autre cause; mais ceux qui se font dans ces organes sont le plus souvent la suite des engorgemens laiteux qui surviennent pendant la lactation. Ces engorgemens,

qui sont en partie laiteux et en partie inflammatoires, produisent rarement de ces grands abcès qui occupent une partie plus ou moins étendue des mamelles, et qui demandent à être ouverts comme les abcès de la même espèce qui arrivent ailleurs. Ceux auxquels ils donnent naissance sont des tubercules qui s'élèvent en diverses parties des mamelles, et qu'il faut abandonner à eux mêmes, en favorisant leur maturité par des cataplasmes émolliens et légèrement maturatifs. Ces abcès s'ouvrent, suppurent et se dégorgent. Les mamelles reviennent plus tôt ou plus tard à leur état naturel, et quelquefois on a de la peine à y retrouver les cicatrices que les abcès qui ont eu lieu précédemment ont dû y laisser.

Des Abcès de la poitrine.

Lorsque l'inflammation qui donne naissance à ces abcès a son siége dans l'épaisseur de la plèvre ou à la surface des poumons, et que ces parties ont contracté des adhérences entre elles, le pus qui trouve moins de résistance à se porter au dehors qu'en dedans, use et détruit les muscles intercostaux, se répand dans le tissu cellulaire qui sépare ces muscles d'avec ceux qui les couvrent, ronge ces derniers, et vient former un dépôt au dehors. Cette espèce d'abcès s'annonce par une douleur profonde au lieu affecté, par un engorgement pâteux qui conserve l'impression du doigt, et par une fluc-

tuation peu sensible d'abord, mais qui le devient davantage de jour en jour, et qui permet de donner issue à l'humeur qui le forme.

Si on n'y procède pas aussitôt que la fluctuation se fait apercevoir, il est à craindre que le pus ne ronge la plèvre, et qu'il ne se perde dans la cavité de la poitrine. Cet événement arrive lors même que les abcès dont il s'agit sont ouverts, et que le pus s'en écoule librement. J'ai eu occasion de l'observer sur un soldat en qui l'amas du pus qui s'était fait dans cette cavité ne se fit connaître que par des douleurs qui s'étendaient sur tout le côté malade, par la difficulté de se tenir couché autrement que sur le dos, et par une sorte de gargouillement dans la poitrine, qui se faisait entendre lorsqu'il changeait de position. Du reste, la suppuration qui était abondante n'augmentait pas en quantité lorsque je lui faisais retenir sa respiration, le pus n'était point mêlé de bulles d'air, il n'y avait point d'emphysème à la plaie ni de sifflement dans les mouvemens de la respiration. Je trouvai, à l'ouverture du corps, que l'abcès avait eu son siége entre les muscles intercostaux externes, le petit et le grand pectoral, et qu'il communiquait avec la poitrine par plusieurs trous qui s'étaient faits dans les premiers de ces muscles. Le poumon était adhérent à la plèvre en quelques points. Ces parties avaient contracté de la dureté; l'épanchement était assez abondant.

De même, lorsque l'inflammation a son siége dans l'épaisseur du médiastin, si elle vient à se terminer par la suppuration, et qu'elle donne lieu à un abcès, il est possible que cet abcès ne s'ouvre ni dans l'une ni dans l'autre des cavités de la poitrine, et qu'il se porte au dehors, après avoir altéré et détruit la substance du sternum. En voici un exemple que je tire des Commentaires de Van-Swiéten, sur le §. 895 de Boerhaave. Un jeune homme avait eu une pleurésie violente qui paraissait s'être terminée par des crachats abondans, lesquels commencèrent à sortir en grande quantité le quatorzième jour de la maladie, et continuèrent long-temps. Le malade était tombé dans un grand amaigrissement, et il paraissait sans ressource, lorsqu'au dixième mois il lui survint un tubercule mou de la grosseur d'une aveline au milieu du sternum, dont la substance paraissait sensiblement rongée sur les bords de cette tumeur. Le tubercule s'ouvrit de lui-même, et rendit du pus qui continua à couler pendant huit mois. Il ne fallait pas moins qu'un demi-litre d'eau pour déterger le foyer de l'abcès, qui paraissait communiquer avec la poitrine, et dont le siége était entre la plèvre et les côtes. Le jeune homme s'est rétabli de cette grande maladie, et Van-Swiéten l'a vu bien portant huit mois après. Il ne lui restait qu'une ouverture fistuleuse au sternum, par laquelle il rendait toujours un peu de pus.

L'abcès formé dans l'épaisseur du médiastin du jeune homme dont on vient de lire l'histoire avait une cause intérieure. Il était la suite d'une violente pleurésie, ou plutôt d'une maladie de la même espèce, qui en a la plupart des symptômes, mais qui en diffère par son siége, et qui a été décrite avec une grande exactitude par Salius Diversus. La même chose peut arriver à la suite d'une blessure au devant de la poitrine. On trouve dans Galien une observation bien intéressante à ce sujet. Un jeune homme blessé à la région du sternum parut bien guéri. Quatre mois après, il vint à l'endroit frappé un abcès que l'on ouvrit et qu'on cicatrisa. La partie ne tarda pas à s'enflammer et à suppurer de nouveau. Cette fois on ne put guérir la plaie. On convoqua une consultation à laquelle Galien fut invité. Comme on vit que le sternum était altéré, et qu'il laissait apercevoir les mouvemens du cœur, personne n'osa entreprendre la cure de cette maladie, parce qu'on croyait qu'il faudrait ouvrir la poitrine. Galien offrit de traiter le malade sans pénétrer dans cette cavité, et dit qu'il croyait pouvoir le guérir. N'ayant pas trouvé l'altération de l'os aussi étendue qu'elle paraissait l'être, et les vaisseaux mammaires étant sains, il commença à concevoir de grandes espérances. Lorsque la portion d'os fut retranchée, il vit le cœur à nu, parce que le péricarde avait été entamé par la pourriture. Le malade guérit en peu

de temps par cette opération, laquelle ne pouvait être faite que par un homme aussi profondément versé dans les connaissances anatomiques que l'était Galien.

Jean-Louis Petit a vu aussi un abcès au médiastin à la suite d'un coup sur le sternum. Un soldat fut blessé en cette partie par un coup d'arme à feu. On se contenta de panser avec du digestif sans agrandir la plaie, et sans s'assurer de l'état des choses. Ce soldat parut guéri, et il retourna à son corps, où bientôt il tomba malade. Il avait de la fièvre et des frissons irréguliers. Petit sonda la plaie et trouva l'os altéré. Comme il y avait de la difficulté à respirer, il soupçonna quelque suppuration au diploé ou derrière le sternum, et proposa de mettre cet os à découvert, et d'y appliquer le trépan exfoliatif. Cette opération donna issue à la sortie de matières sanieuses. La lame interne du sternum ayant été détruite, il sortit un verre de pus. Le malade fut soulagé, et il ne tarda pas à guérir.

Lorsqu'une maladie inflammatoire occupe le poumon, et qu'elle se termine par suppuration, si l'abcès est placé profondément dans la substance de ce viscère, il trouve plus de facilité à rompre les cellules dont il est formé, et à se porter du côté des bronches qu'à se faire jour à sa surface, et à verser le pus qu'il contient dans la cavité de la poitrine. Le malade alors rend du pus par la bouche. Quand l'ouverture

qui lui donne issue est grande, et qu'il s'échappe en grande quantité à la fois, le malade court le risque de suffoquer ; il peut au contraire guérir, si cette ouverture est médiocre, que le pus n'en sorte que peu à peu. Les abcès qui se font dans l'épaisseur du diaphragme, ceux qui ont leur siége dans le foie, peuvent également se vider par la voie des crachats, dans les cas où ces parties ont contracté des adhérences avec les poumons, et où le foyer du mal est à sa face convexe. Dans ceux où il occupe toute autre partie de ce viscère, et où il se trouve au voisinage de sa face concave, ce foyer s'ouvre souvent dans le colon, et le pus est rendu par les selles. Je rapporterai des cas de cette espèce à l'article des abcès au foie.

Quoique les épanchemens de pus dans la poitrine soient assez rares, on en trouve des exemples dans les auteurs. Hippocrate dit que plusieurs personnes ont eu cette maladie, et qu'elles en ont été guéries au moyen de l'opération qui y convient. Pline rapporte qu'un nommé Phalereus, attaqué d'un empyème pour lequel il avait été abandonné des médecins, cherchant la mort dans un combat, reçut à la poitrine une plaie qui procura l'évacuation du pus qui y était contenu, et qui fut suivie de son entier rétablissement. On voit aussi dans Marchettis une histoire d'un empyème de pus guéri par opération. Le malade avait la poitrine si pleine, que chaque jour il tombait plusieurs fois en syncope. Marchettis

en proposa l'ouverture à plusieurs médecins assemblés, et entre autres à Veslingius, l'un de ses disciples en anatomie, qui lui avait vu faire plusieurs fois cette opération avec succès. Ils la rejetèrent, sous le prétexte frivole qu'ils craignaient que l'artère intercostale ne fût blessée. Marchettis ne se laissa pas aller à une crainte aussi mal fondée, et il opéra le malade le lendemain. Il lui tira près de deux kylogrammes de pus, et mit une canule de plomb dans la poitrine. Ce malade guérit en vingt-huit jours.

Willis a vu faire l'opération de l'empyème à deux personnes, dont une guérit, et l'autre mourut, parce qu'on y avait eu recours trop tard. La personne qui guérit avait le poumon assez sain, mais le pus amassé dans la poitrine comprimait le diaphragme, au point de gêner beaucoup la respiration. La poitrine fut ouverte. Il sortit d'abord une grande quantité de matières sanguinolentes. Le pus qui s'écoula ensuite était blanc et sans odeur. Trois jours après, il en prit une si fétide que la chambre en était infectée. Les injections détersives lui rendirent ses premières qualités, et le malade guérit.

Le même auteur dit avoir ouvert le corps de deux malades qui n'avaient point voulu qu'on leur fît l'opération de l'empyème. Le pus, qui venait d'un abcès formé dans l'épaisseur de la plèvre du premier, après avoir percé cette membrane, et gangrené une partie du poumon et du diaphragme,

était descendu dans le ventre, où il s'était porté le long de la tunique extérieure de l'estomac, et des intestins, qu'il avait corrodés. Enfin il avait fait au rectum une ouverture qui lui permettait de s'écouler avec les excrémens. Le malade, robuste et peu ami des remèdes, résista à cette affreuse maladie pendant environ deux mois ; mais la fièvre lente, la soif, les angoisses et les douleurs de ventre le firent enfin périr. Son corps répandait une odeur insupportable. Le second n'offrait pas une aussi grande dispersion de la matière purulente. Elle s'était formée au côté droit, dans l'épaisseur de la plèvre, et était tombée dans la poitrine en quantité excessive. Elle comprimait le poumon, et avait donné lieu à une fièvre lente qui consuma peu à peu le malade.

On connaît les épanchemens de pus dans la poitrine, lorsqu'à la suite d'une péripneumonie, d'une pleurésie, d'une paraphrénésie ou inflammation au diaphragme, ou d'une inflammation au foie, qui ne se sont terminées les quinze premiers jours par aucune crise, soit par les crachats, les urines, les selles ou les sueurs, et qui ont été accompagnées de fréquentes horripilations, de fièvre continue qui augmentait chaque nuit, d'une chaleur extraordinaire, d'un sentiment de pesanteur à l'endroit affecté, de difficulté de respirer et de la perte de l'appétit, le malade est attaqué d'une toux sèche, d'une pesanteur sur le diaphragme qui l'oblige à se tenir courbé

et couché sur un côté seulement, de frissons irréguliers, de fièvre lente, de rougeur aux joues, et de chaleur à la paume des mains. Ses ongles se courbent, et il tombe dans un amaigrissement universel, en conséquence duquel ses yeux s'enfoncent. Lorsqu'il change de position, ou qu'on le secoue, sa poitrine fait entendre un bruit semblable à celui d'un fluide que l'on agiterait dans un vase fermé. Les côtes sont plus élevées du côté malade que du côté opposé. Leurs intervalles sont plus grands. La capacité de la poitrine en est souvent augmentée. Quelquefois le flot du liquide qu'elle renferme est sensible à l'œil. Enfin, si on frappe la poitrine à coups secs et redoublés avec l'extrémité des doigts rassemblés comme en un faisceau, elle fait entendre un bruit sourd qui diffère de celui qu'elle rend lorsqu'elle est saine. Ce dernier signe, qui confirme ceux qui viennent d'être énoncés, est applicable à toutes les espèces d'épanchemens dans la poitrine, soit qu'ils soient formés par du pus, comme dans le cas dont il s'agit ici, ou par du sang ou de l'eau. Il a été indiqué, il y a déjà long-temps, par Avenbrugger, médecin allemand, dans une dissertation qui a pour titre : *De percussione thoracis, ut signo abstrusos pectoris morbos detegendi.* J'en ai reconnu la justesse en plusieurs circonstances ; mais il ne réussit qu'autant que les poumons n'ont point contracté d'adhérences avec la plèvre ; car, dans ce cas, le son

qui résulte de la percussion de la poitrine est aussi sourd que s'il y avait du sang épanché.

Les épanchemens de pus dans la poitrine ne se manifestent souvent par aucun des signes qui viennent d'être exposés. Panarole a ouvert un homme dont le poumon gauche était détruit, en conséquence d'un amas considérable de pus qui s'était formé dans sa poitrine. Quoiqu'il eût été malade pendant deux mois, il n'avait point eu de difficulté à respirer, et la toux dont il était affecté était légère. Ledran a vu quelque chose de semblable. Un malade, qui avait eu une oppression forte et une douleur vive au côté gauche de la poitrine pendant trois jours, se trouvait mieux. Il n'éprouvait pas une grande gêne dans la respiration, de quelque côté qu'il se couchât. La seule chose dont il se plaignît était un flot qu'il sentait dans la poitrine, et un peu de peine à respirer quand il était assis. Ces symptômes ne parurent point assez décisifs pour l'opérer. On attendit. La fièvre continua avec des sueurs froides, et il mourut le huitième jour. Il avait cinq litres de pus dans la poitrine.

Quelquefois aussi les amas de pus dans cette cavité se forment en si peu de temps, que, bien qu'ils présentent la plupart des signes qui ont été exposés ci-dessus, on pourrait avoir des doutes bien fondés sur leur existence. Hippocrate a cependant observé que le temps où la suppuration a lieu, à la suite des

maladies inflammatoires de la poitrine, varie suivant leur gravité. Si les symptômes en sont pressans, elle se fait plus tôt que le vingtième jour. S'ils ont une marche moins rapide, elle peut tarder jusqu'au quarantième. Celse a dit la même chose avec beaucoup d'élégance et en termes plus clairs. *Si protinùs initio dolor et tussis fuerit et spirandi difficultas, vomica vel ante, vel circa vigesimum diem erumpet. Sed quò minùs citò adfuerint, eò tardiùs solvuntur.* Pison confirme la même vérité par des observations bien intéressantes. Ayant fait ouvrir le corps d'un de ses malades, mort en moins de deux semaines d'une inflammation à la poitrine, il trouva cette capacité pleine de pus. Il en trouva aussi beaucoup dans la poitrine d'un autre, mort le neuvième jour de sa maladie, parce qu'il avait négligé de faire les remèdes convenables à son état. Pison prétend que ces sortes d'épanchemens se connaissent par les frissons irréguliers suivis de fièvre qu'ils occasionnent aux malades, pourvu cependant que ces symptômes soient accompagnés de ceux qui dépendent de la pression du pus sur le diaphragme, le médiastin et les poumons.

On ne peut être trop attentif à l'état de ceux à qui on soupçonne un épanchement de pus dans la poitrine. Il serait effectivement honteux de leur faire une opération dont ils n'auraient pas besoin, et les observateurs nous apprennent que cela est arrivé

plusieurs fois. Willis a vu pratiquer l'empyème sans succès à quelques personnes qui crachaient un pus de mauvaise odeur, et qui avaient en même temps de la difficulté de respirer, et de la pesanteur à la poitrine. Il ajoute que l'événement a été malheureux. Dionis nous apprend que, de son temps, on a ouvert la poitrine à un des chefs de la famille de Mortemart, quoiqu'elle ne contînt aucun liquide. Il ne dit pas qu'il soit rien résulté de cette opération; mais un autre malade en qui on croyait avoir reconnu un abcès à l'hypocondre droit, mourut des suites de l'incision qui y fut faite, et par laquelle on ne tira point de pus.

L'ouverture des abcès qui s'élèvent à l'un des points de la circonférence de la poitrine, à la suite de la pleurésie, de la paraphrénésie ou de l'inflammation du médiastin, n'a rien de particulier. Elle doit être faite aussitôt que la fluctuation se présente, et avoir une étendue qui réponde à celle du mal, et qui suffise aux dégorgemens qui doivent se faire. La cure de ces sortes d'abcès, dont les uns communiquent avec la surface externe des poumons, les autres avec celle du foie, quelques-uns sont accompagnés de carie aux côtes ou à leurs cartilages, ou d'altération à la substance du sternum, est quelquefois traversée par des accidens graves, et souvent retardée pendant long-temps, surtout lorsqu'il y a des portions osseuses à exfolier.

L'opération que les abcès dont il s'agit exigent portent le nom d'empyème de nécessité, pour la distinguer de celle au moyen de laquelle on vide le pus amassé dans une des cavités de la poitrine. Celle-ci est appelée empyème d'élection, parce qu'elle se fait à l'endroit que l'on juge le plus convenable à la sortie du pus. Cet endroit est le même que celui où se pratique la contre-ouverture, dans les plaies de la poitrine compliquées d'épanchement. L'opération de l'empyème se fait de la même manière. La seule différence qu'elle présente est qu'au lieu de tirer tout le fluide à la fois, il ne faut en laisser sortir qu'une partie, et bien remplir la plaie avec une tente mollette, et non pas avec une mèche effilée, comme il est d'usage dans les épanchemens de sang. C'est principalement dans ce cas que les injections sont utiles. Il ne faut pas qu'elles soient trop âcres ; car la surface des poumons pouvant être ulcérée en divers points, et le pus venant quelquefois d'un abcès formé dans l'épaisseur de ce viscère, lequel s'est crevé dans la cavité de la poitrine, et communique avec elle par une ouverture plus ou moins grande, il est à craindre que la liqueur injectée n'y fasse une impression trop vive, ou qu'elle ne pénètre dans les bronches, et qu'elle n'excite une toux capable de suffoquer le malade.

Il est quelquefois nécessaire d'introduire une canule dans la plaie, pour faciliter l'entrée et la sortie

des injections, et pour empêcher que cette plaie ne se ferme avant que l'ulcération intérieure soit suffisamment dégorgée. La canule dont il s'agit doit avoir un rebord qui l'empêche de tomber dans la poitrine. Bell dit que cela est arrivé une fois à sa connaissance. La canule dont on faisait usage était longue de vingt-sept millimètres, et d'une grosseur proportionnée. On la fixait au moyen d'un fil qui tenait à une bande, laquelle faisait le tour du corps. Ce fil étant venu à casser, elle se perdit dans la poitrine. Le malade n'en a rien éprouvé qu'une suppuration plus abondante.

Les autres précautions à prendre relativement au régime, à la méthode et à la rareté des pansemens, sont exactement les mêmes que celles qui ont été recommandées à l'article des plaies de la poitrine. Si le pus qui sort à chaque pansement est blanc, sans odeur, en petite quantité, et que les forces du malade se soutiennent, on peut espérer qu'il guérira. Si au contraire le pus est de mauvaise odeur et de couleur variée, si le malade a toujours la fièvre, s'il maigrit et que ses forces diminuent, il y a beaucoup à craindre pour sa vie.

Des Abcès du foie.

Quoique l'organisation du foie soit différente de celle des autres viscères, et que la plus grande partie du sang qu'il reçoit lui soit fournie par des veines,

il est sujet à l'inflammation et à toutes ses suites. Cette inflammation est tantôt vive et accompagnée des symptômes les plus pressans, tels que la tension douloureuse du ventre, et surtout de la région du foie, la fièvre, le hoquet, les vomissemens, la constipation, auxquels se joignent le changement de couleur à la peau, qui prend une couleur jaune plus ou moins foncée, l'amertume de la bouche et les urines bilieuses, pendant que les excrémens sont presque décolorés; tantôt elle est lente, et les personnes qui en sont attaquées n'éprouvent qu'un sentiment de pesanteur au foie avec quelque trouble dans les digestions, une jaunisse légère et une douleur qui s'étend jusqu'à l'épaule. Pour le plus souvent l'inflammation dont il s'agit est produite par des causes internes, et quelquefois elles dépend de causes externes, telles que des blessures qui ont pénétré dans le ventre, ou de fortes contusions dont l'effet s'est porté jusque sur les parties contenues dans cette capacité. La suppuration qui est une de ses terminaisons, ou survient promptement, ou se fait d'une manière lente, ce qui donne lieu à deux sortes d'abcès au foie, dont les uns peuvent être appelés abcès par fluxion, et les autres abcès par congestion.

Ces abcès peuvent se former dans toutes les parties du foie, à sa face concave, à la partie supérieure de sa face convexe, au milieu de son épaisseur, et

quelquefois à la partie inférieure de sa face convexe vers le lieu qui répond au bord des fausses côtes, et à la région du ventre qui en est voisine. Les premiers s'ouvrent pour l'ordinaire dans les intestins, et surtout dans le colon. Les malades à qui cela arrive rendent le pus par les selles; et si l'ouverture du foyer qui le renferme est assez grande et favorablement disposée par rapport à ce foyer, c'est-à-dire à sa partie la plus déclive, il peut se vider complètement. Ceux qui répondent à la partie la plus élevée de la convexité du foie se portent du côté de la poitrine. Verduc dit avoir vu des malades chez qui le pus, qui provenait du foie, formait des épanchemens dans cette cavité, d'où il aurait pu être tiré par l'opération de l'empyème faite dans le lieu d'élection.

D'autres fois les adhérences que les poumons contractent avec le diaphragme déterminent le pus à se frayer une route vers les côtes, et à former à l'extérieur de ces abcès dont l'ouverture porte le nom d'empyème de nécessité. On a vu aussi des personnes qui avaient des abcès au foie en rendre une partie par la voie des crachats, parce qu'il s'était établi une communication entre la substance de ce viscère et celle des poumons, à travers le diaphragme. Verduc, que je viens de citer, dit en avoir vu des exemples. Stalpart Vander-Wiel avait observé la même chose avant lui sur un malade qui se plaignait depuis

long-temps d'un douleur au côté droit, sous les fausses côtes. Comme il crachait beaucoup, et que rien n'indiquait que sa poitrine fût affectée, ce médecin soupçonna que le foie était malade. Il s'en assura après la mort du sujet, en qui il trouva un abcès considérable à la convexité du foie, près le diaphragme, auquel ce viscère et les poumons étaient fort adhérens. Une fistule, qui communiquait à travers cette cloison musculeuse, conduisait le pus dans les poumons, d'où il était rendu par les crachats.

Les abcès qui se forment au milieu de la substance du foie n'offrent aucun espoir de guérison. Le pus qu'ils contiennent, en partie resorbé par les vaisseaux de tout genre, se mêle aux humeurs, et produit une fièvre lente, une sorte de phthisie ou de consomption qui fait périr les malades. Cet événement est assez ordinaire, surtout à la suite des plaies à la tête, et il n'est presque personne qui n'ait eu occasion de l'observer. Ce qu'il y a de singulier, c'est que ces sortes d'abcès peuvent parvenir à un volume excessif sans causer une altération trop marquée dans la couleur et la consistance du foie. Diemerbroeck, disséquant un cadavre, en 1660, fut surpris de la grosseur extraordinaire du foie, qui, d'une part, descendait jusqu'à l'aine, et de l'autre s'étendait jusqu'à la région hypocondriaque gauche, de manière à occuper la plus grande partie de la capacité du bas-ventre. Ce viscère avait conservé sa cou-

leur et sa consistance naturelle. Il se trouva dans son intérieur une large cavité de laquelle il sortit onze litres de pus bien cuit et sans mauvaise odeur.

De tous les abcès au foie, il n'y a que ceux dont le pus se fraie une route entre le diaphragme et le poumon pour se porter au dehors entre les côtes, et ceux qui se sont formés à la partie inférieure de la face externe de ce viscère, et qui répondent à la région du ventre qui est au dessous de l'hypocondre, qui permettent ou demandent les secours de la médecine opératoire. Ces abcès, précédés par les signes d'inflammation qui ont été exposés précédemment, se manifestent par une tumeur obscure, plate, médiocrement douloureuse, accompagnée d'un empâtement assez étendu, laquelle s'élève peu à peu, et présente à sa partie moyenne une fluctuation profonde, pendant que ses bords conservent une dureté qui diminue insensiblement, sans disparaître en entier. Lorsqu'à ces apparences extérieures il se joint une grande diminution des accidens inflammatoires par où le mal a commencé, et que le malade éprouve des frissons irréguliers avec une sorte de sécheresse à la peau, on ne peut méconnaître un abcès au foie, dont il convient de favoriser la maturation par des cataplasmes émolliens et attractifs que l'on fait appliquer sur la partie, jusqu'à ce que la fluctuation, devenue plus évidente, permette d'en faire l'ouverture.

On ne doit point procéder à cette opération sans s'être bien assuré de la nature de la tumeur. En effet, il s'en forme souvent d'autres au même lieu, et dans les mêmes circonstances, lesquelles ressemblent beaucoup aux abcès dont je parle, et qu'il serait excessivement dangereux d'ouvrir, à moins que, par un hasard plus grand qu'on ne le croit, il ne se fût établi des adhérences entre la vésicule du fiel qui leur donne naissance et le péritoine. La résolution est une des terminaisons de l'inflammation. Si elle a lieu d'une manière subite au foie, ou qu'elle ne s'étende pas jusqu'aux lieux auxquels répond le canal cholédoque, la bile filtrée en très-grande quantité à la fois, et qui ne peut tomber dans le duodénum, reflue vers la vésicule du fiel. Cette poche s'emplit et se gonfle. Son fond soulève le péritoine, les muscles et les tégumens, et forme une tumeur qui survient aussi à la suite d'une inflammation, qui a été précédée de la diminution des symptômes, qui se montre au dessous du bord des fausses côtes, et dans laquelle on sent une fluctuation manifeste accompagnée de frissons irréguliers, comme dans les abcès.

Il est donc possible de s'y tromper, et des praticiens distingués avouent avoir commis des méprises de cette espèce. Van-Swieten ouvrit en 1732 le corps d'une vieille femme qui depuis long-temps était attaquée de la jaunisse, et qui était morte dans le marasme, après avoir été quelque temps sans prendre

d'alimens. Elle avait dans la région iliaque droite une tumeur molle qui s'étendait du bord inférieur des fosses côtes jusqu'à la crête de l'os des îles, et comme cette femme avait éprouvé dans l'hypocondre droit et dans la région iliaque une douleur opiniâtre avant de mourir, Van-Swieten pensa qu'il s'était fait une grosse vomique dans le foie. Il trouva au contraire que la tumeur était formée par la vésicule du fiel remplie d'une grande quantité de bile, et qui descendait jusqu'à l'os des îles. Cette tumeur renfermait plus d'un demi-litre de liqueur inodore, limpide, légèrement salée, tirant sur le verdâtre, dans laquelle nageaient beaucoup de concrétions calculeuses de diverses grosseur et figure, dont la substance était blanche et dure en dehors, molle et jaune en dedans. J. L. Petit savait que deux personnes à qui on avait ouvert la vésicule du fiel, en croyant ouvrir des abcès, étaient mortes de ces opérations, qui n'avaient fourni que de la bile. Néanmoins, ayant eu occasion de voir une tumeur formée par cette vésicule, il la prit pour un abcès. Les tégumens étaient déjà incisés : ce ne fut qu'alors qu'il en connut la nature, parce qu'il sentit cette tumeur s'affaisser sous ses doigts. Il n'acheva pas l'ouverture, et le malade guérit quatre à cinq jours après, par une grande évacuation de bile qui commença sur-le-champ.

Ce fait n'a pas été stérile entre les mains d'un homme aussi éclairé que Petit. Il a excité toute son

attention, et l'a engagé à chercher par quels moyens on pourrait discerner si une tumeur survenue au dessous de l'hypocondre droit, à la suite d'une inflammation au foie, est faite par un abcès à ce viscère, ou par tuméfaction de la vésicule du fiel. Voici ceux qu'il indique. Les symptômes de l'inflammation diminuent également d'intensité, soit qu'elle se termine par un abcès, ou qu'elle se résolve : mais, dans le premier cas, les symptômes ont duré plus long-temps ; ils ont augmenté jusqu'au moment où on les a vus décroître ; les douleurs ont été pulsatives ; enfin le malade ressent de l'abattement et du malaise qui donnent de l'inquiétude. Il a également des frissons irréguliers dans les deux cas. Ceux qui accompagnent la suppuration sont plus longs, et se terminent par des moiteurs, qui n'ont pas lieu dans les amas de bile ; de sorte que les frissons qui accompagnent ces amas doivent être regardés comme l'effet de l'irritation que la bile exerce sur des parties nerveuses.

La tumeur qui s'élève sur la région du foie n'est pas la même quand il y a abcès, et quand cette tumeur est faite par la distension de la vésicule. Celle que forme l'abcès, au lieu d'être circonscrite, s'étend au loin. Le lieu où elle se trouve peut occuper toutes les parties de la région épigastrique, au lieu que celle qui est faite par la vésicule du fiel est assez constamment au dessous des fausses côtes. L'abcès offre long-temps une dureté profonde à laquelle

succède un empâtement qui ne se dissipe que quand le pus a été évacué. Il ne présente de fluctuation qu'à sa partie moyenne. Les bords en sont toujours durs et élevés. Dans les tumeurs faites par la vésicule, au contraire, il n'y a ni dureté ni empâtement, et la fluctuation se fait sentir également partout. A ces marques on distinguera ces deux maladies l'une de l'autre, et on ne sera plus exposé à ouvrir la vésicule du fiel tuméfiée, en croyant ouvrir un abcès.

L'ouverture de ces sortes d'abcès doit être faite avec le bistouri. On commence par une incision longitudinale, à laquelle on a soin de ne pas donner une trop grande étendue, de peur d'aller au-delà des adhérences que la tumeur a contractées avec les enveloppes du ventre. Comme les bords de cette incision peuvent se rapprocher, et ne pas offrir une voie suffisante pour l'évacuation du pus, on en fait une seconde, qui, tombant sur le milieu de la première, donne à l'ouverture la forme d'un T. On a proposé, je ne sais pourquoi, de faire cette seconde incision en devant, de manière qu'elle porte sur le muscle droit. En opérant ainsi, non-seulement on s'expose au danger de blesser l'artère épigastrique, mais encore on donne moins de facilité au pus de s'écouler, parce que l'ouverture ne s'étend pas vers la partie la plus déclive de l'abcès. Il ne faut donc le faire que lorsque la maladie s'étend plus du côté du muscle

droit que du côté opposé. Autrefois on se servait de potasse concrète pour ouvrir les abcès au foie, sans doute dans la vue de causer une perte de substance qui empêchât l'ouverture de se fermer trop tôt. Mais il paraît impossible d'ouvrir entièrement les abcès dont il est question avec cette substance, qui n'agit pour l'ordinaire que sur les tégumens, à moins qu'on n'en applique beaucoup; de sorte qu'il faut encore avoir recours au bistouri pour inciser les parties intérieures. Si on en mettait une grande quantité, il serait à craindre que son action ne s'étendît au-delà des limites de l'abcès, et qu'elle ne donnât lieu à l'effusion du pus dans le ventre. Médalon rapporte un cas de cette espèce. Le malade mourut pendant l'effet du caustique : on trouva que le pus s'était frayé une route dans la capacité. Médalon attribue ce fâcheux événement à l'agitation et aux mouvemens désordonnés que la douleur peut avoir fait faire au malade. Il est possible que la cause dont je viens de parler y ait donné lieu, ou que l'abcès fût prêt à crever à l'intérieur à l'instant où on cherchait à lui procurer une issue au dehors.

Les anciens cautérisaient aussi les abcès au foie. Au défaut de caustiques d'une activité suffisante, les uns, comme Hippocrate, employaient un fuseau trempé dans de l'huile bouillante; d'autres se servaient d'un fer rougi au feu. Arétée, qui conseille ce procédé, dit qu'il mérite la préférence sur l'ins-

trument tranchant, parce qu'il met à l'abri de l'hémorragie, qu'il serait impossible d'arrêter. *Nam sanguinis è jecore profusio coërceri nullo modo potest.* Assurément cette hémorragie est dangereuse lorsque le foie vient à être blessé profondément, et qu'il est dans un état sain. Mais, dans le cas où il est abcédé, les instrumens tranchans dont on fait usage n'agissent pas sur la propre substance de ce viscère; ils pénètrent dans un vide où il n'y a pas de vaisseaux, et par conséquent ils ne peuvent donner lieu à une grande effusion de sang.

Le pus que fournissent les abcès au foie a, pour le plus souvent, une consistance et une couleur qui le font en quelque sorte ressembler à de la lie de vin. Il doit cette qualité aux particules de la propre substance du parenchyme du foie qu'il entraîne avec lui. Il est facile de s'en assurer en le laissant déposer dans un verre; car le véritable pus, plus léger que le reste, surnage bientôt avec sa couleur et sa consistance ordinaires, pendant que les particules détachées du foie, plus pesantes, tombent au fond du verre. La quantité de cette substance est quelquefois assez considérable pour faire craindre qu'il n'y ait un grand vide. Néanmoins le foyer de l'abcès se remplit en peu de temps, ou par le développement des vaisseaux du foie, ou par le rapprochement de ses parties, et on parvient à guérir les malades.

Une bande effilée couverte d'un digestif simple

et préparé avec le jaune d'œuf et la térébenthine, est la première pièce d'appareil dont on doive se servir. Le reste de la plaie est couvert de plumasseaux secs soutenus par quelques bandes d'emplâtre, des compresses, et par un bandage de corps à l'ordinaire. Si dans la suite la quantité de pus qui s'échappe de l'abcès ou la qualité de cette humeur déterminent à faire des injections, elles doivent être poussées avec ménagement, de peur de blesser la texture délicate et friable du foie. Morand a autrefois observé que celles qu'il faisait avec le baume du Pérou dissous dans du jaune d'œuf et délayé dans une décoction vulnéraire, et qui étaient reçues dans une cuvette d'argent, irisaient ce vase, comme pourraient le faire des œufs au miroir préparés dans un plat de ce métal. On fut effrayé de ce phénomène, dont la véritable cause ne se présenta pas d'abord, et qui fit craindre une grande putridité dans les humeurs du malade. Mais on reconnut qu'il était le produit d'un développement du gaz hépatique que fournissaient les jaunes d'œuf dont on faisait usage, car il cessa de se montrer dès qu'on eut cessé de s'en servir.

Il survient quelquefois des hernies ventrales à la suite de l'ouverture des abcès au foie. On pourrait en être surpris, attendu qu'il n'est possible de la pratiquer que lorsque l'on connaît qu'il s'est fait des adhérences qui empêchent que le pus qui s'échappe

du foyer de l'abcès ne tombe dans le ventre. Elle doit donc être bouchée par la portion du foie qui a été malade. Cela arriverait en effet, si ce viscère, rendu à son premier état, ne diminuait point de volume, et qu'il ne remontât pas au lieu qu'il a coutume d'occuper. Mais ces deux effets ayant nécessairement lieu, il ne reste attaché au péritoine que dans une petite étendue, et il entraîne avec lui la portion de cette membrane à laquelle il tient, de sorte que la plaie faite aux muscles, qui n'est plus protégée par sa présence, permet aux viscères de bomber en dehors, et d'éprouver l'espèce de déplacement qui constitue les hernies ventrales consécutives.

Des Abcès érysipélateux.

Les érysipèles qui suppurent forment des abcès dont le pus est rarement amassé dans un seul foyer. Cette humeur est comme infiltrée dans le tissu cellulaire de la partie dont l'organisation est détruite, et qui est frappé d'une espèce de gangrène qui ne s'étend pas jusqu'aux tégumens. Lorsqu'on ouvre les abcès qui en résultent, ils fournissent moins de pus qu'ils ne devraient en donner, relativement à leur étendue; ce pus a moins de consistance que celui que contiennent les abcès phlegmonneux. La couleur en est grise et l'odeur plus désagréable. Le tissu cellulaire se présente, à l'ouverture, sous la forme d'un

corps mollasse, blanchâtre et comme fongueux, dont on peut tirer des portions en dehors avec des pinces à pansement, sans faire souffrir le malade. Si cela arrive, il faut donner plus d'étendue aux incisions, et en faire un plus grand nombre que dans les cas ordinaires. On laisse dégorger la partie pendant quelques instans, après quoi on panse comme dans les autres espèces d'abcès. A mesure que le foyer de l'abcès se dégorge, le tissu cellulaire désorganisé se présente en plus grande quantité; on le saisit aisément, et on en retranche, avec les ciseaux, ce que l'on peut en tirer, afin de favoriser la sortie du pus à laquelle il s'oppose, en faisant en quelque sorte l'office de bouchon. Bientôt ce tissu cède, et sort sous la forme de lambeaux. Enfin, lorsque la partie est totalement débarrassée, les parois du foyer de l'abcès se rapprochent et se recollent, et la plaie se cicatrise.

Des Abcès rhumatismaux.

Ces abcès sont connus sous le nom d'abcès par congestion, parce qu'ils se forment d'une manière lente, et le plus souvent sans que la santé en soit fort altérée : mais celui sous lequel je les désigne me paraît mieux leur convenir, parce qu'il indique la cause qui y donne lieu : cette cause est toujours une affection rhumatismale plus ou moins vive qui s'est

fixée sur une partie quelconque. Les abcès de cette espèce se forment principalement le long du dos, au sommet des épaules et à la partie supérieure des cuisses. Les commencemens en sont obscurs, et les malades rapportent les douleurs qu'ils y ressentent au rhumatisme qui a précédé et qui cesse de se faire sentir avec autant de force, aussitôt que ces abcès commencent à se faire. La couleur de la peau n'en est pas changée. Ils présentent une fluctuation profonde dans ses commencemens, plus manifeste à mesure que le mal fait des progrès, et qui devient ensuite presque égale dans toute l'étendue de l'abcès, parce que ses bords n'ont aucune dureté. Cette tumeur s'élève et s'étend peu à peu. A la fin, elle devient stationnaire pendant un espace de temps qu'on ne peut déterminer. J'en ai vu durer plusieurs mois, et même des années entières.

Lorsque les abcès rhumatismaux parviennent à un volume un peu considérable, et que la fluctuation s'y fait bien sentir, on ne peut se dispenser de les ouvrir. Un trop long délai augmenterait le désordre qui existe dans le lieu malade, parce que le pus, continuant à s'y accumuler, décollerait le tissu cellulaire dans une plus grande étendue et presserait davantage sur les parties voisines. Jusqu'ici on a procédé à cette opération par une application de potasse concrète sur le lieu le plus élevé, et en même temps le plus déclive de la tumeur, afin d'avoir une ouver-

ture avec perte de substance qui fût moins disposée à se fermer, et qui laissât plus long-temps un écoulement libre aux humeurs qui doivent sortir de cet abcès, pour en opérer le dégorgement. On avait l'attention de faire l'ouverture la plus petite possible, pour que le pus sortît lentement, pour que les parois de l'abcès se rapprochassent avec plus de facilité qu'ils ne l'auraient fait après une ouverture plus grande, qui les aurait fait passer d'une manière subite d'un état de distension à un état de relâchement, et surtout pour que l'air ne pénétrât pas aussi facilement dans son foyer. Souvent même on n'ouvrait pas l'eschare, afin que, se détachant d'elle-même, le pus ne s'en échappât qu'en petite quantité à la fois. Ces précautions étaient jugées nécessaires, parce qu'on avait observé que leur omission était suivie d'accidens fâcheux qui conduisaient presque toujours les malades à la mort. Mais l'effet n'en était pas certain; et quoiqu'on les eut prises, le danger était toujours fort grand, et l'événement souvent funeste.

Depuis quelque temps, M. Boyer, premier chirurgien de S. M. l'Empereur, a pensé qu'on réussirait mieux, si, au lieu d'ouvrir avec la potasse concrète, dont on ne peut déterminer l'effet avec précision, on se contentait de plonger un bistouri dans la tumeur à l'endroit le plus favorable, et de n'y faire avec cet instrument qu'une simple ponction qui ne permît au pus d'en sortir qu'en petite quantité à la fois.

Cette ponction faite à travers des parois épaisses, telles que sont presque toujours celles des abcès rhumatismaux, se ferme promptement, quoique ces abcès ne soient pas entièrement vides, de sorte qu'on est bientôt obligé d'en faire une seconde, une troisième, et quelquefois plusieurs autres. Je lui ai vu employer ce procédé sur une demoiselle âgée de dix-huit ans, fraîche, et en apparence de la meilleure santé, laquelle avait au bas des reins, près de la hanche droite, une tumeur ronde, molle, indolente, assez grosse pour soutenir un demi-litre de liqueur, et qui présentait la fluctuation la plus évidente. Cette tumeur avait paru depuis peu. Elle avait succédé à des douleurs de la région dorsale, qui avaient eu lieu à la suite d'une transpiration supprimée dix mois auparavant, pour être rentrée chez elle à pied, dans une saison froide, après s'être échauffée par la danse. Cette tumeur avait pris un accroissement marqué depuis quelque temps. Elle avait tous les caractères d'un abcès rhumatismal qu'il fallait ouvrir, pour prévenir un plus grand délabrement. L'ouverture devait être peu étendue. On aurait pu la faire en suivant le procédé ordinaire. M. Boyer proposa de vider l'humeur amassée par des ponctions successives, de manière qu'on n'attendît pas pour en faire une seconde, une troisième, etc. que la tumeur parvînt à la grosseur qu'elle avait la fois précédente. Cela fut exécuté sur-le-champ. Il plongea la pointe d'un bistouri

dans le foyer de l'abcès d'où il fit sortir un quart de litre de pus, à peu près, et la plaie fut couverte avec un emplâtre diachylum. Cette petite opération n'a dérangé presque en rien la santé de la malade. Elle a été recommencée cinq à six fois, et a constamment donné la même quantité de pus. A la cinquième fois, M. Boyer a jugé à propos d'entretenir l'ouverture avec une petite tente. Il en sortait tantôt plus, et tantôt moins de pus. Quelquefois la jeune malade en était inondée; cependant sa santé n'en a pas été altérée. On ne s'est aperçu d'aucune diminution de son embonpoint. Ses belles couleurs se sont conservées, et sa constitution n'a paru souffrir en rien. Elle a parfaitement guéri.

M. Duval, auteur de la quarante-toisième thèse présentée et soutenue à l'Ecole de Médecine de Paris, a vu M. Boyer procéder de la même manière sur un jeune homme de vingt-deux ans, qui portait depuis sept mois, à la région lombaire droite, une tumeur de l'espèce de celles dont il s'agit. Il sortit un kylogramme de pus, et la petite plaie, dont les bords furent rapprochés et contenus avec un emplâtre diachylum, guérit comme l'ouverture d'une saignée. Dix jours après, la tumeur qui s'était remplie, fut piquée une seconde fois. La liqueur qui en sortit était moins épaisse et en moindre quantité. Au bout de dix-huit jours, il fallut faire une troisième ouverture, et la quatrième allait être faite

douze autres jours après, quand la plaie se rouvrit et laissa sortir un peu de sérosité. Bientôt cette espèce de fistule se ferma, et la guérison fut complète.

Depuis que j'ai connu ce procédé, je l'ai employé dans plusieurs cas d'abcès rhumatismaux qui se sont présentés à moi avec des succès différens. Tantôt il m'a réussi, et tantôt les malades ont succombé. Cette diversité dérive de celle que présentent les abcès de cette espèce. Quand les sujets sont jeunes, qu'ils sont d'une bonne constitution, et que les os n'ont pas souffert d'altération, ils guérissent. Dans les cas contraires, l'événement est funeste. Or il arrive souvent que les os sont malades dans les abcès rhumatismaux, non parce que le pus attaque leur substance, mais parce que la maladie, qui donne naissance à ces abcès, a commencé par en attaquer le tissu, et y causer une carie dont on ne connaît ni le lieu, ni l'étendue, et qui par conséquent est inaccessible aux secours de l'art.

Des Abcès critiques.

On donne le nom d'abcès critiques à ceux qui surviennent à la suite d'une autre maladie dont les symptômes perdent de leur gravité à mesure que ces tumeurs se forment. Tels sont ceux qui s'élèvent quelquefois sur les parotides à la fin des

fièvres ataxiques. Ils sont faciles à reconnaître. Ces abcès sont toujours accompagnés d'un empâtement inflammatoire et douloureux qui s'étend au loin, et au milieu duquel on aperçoit une fluctuation profonde. On ne doit pas en attendre la maturité, de peur que l'humeur qui les forme ne se déplace de nouveau, et ne rentre dans le torrent de la circulation pour aller se déposer ailleurs. Ils doivent être ouverts avec la potasse concrète, moins pour attirer une plus grande quantité d'humeur sur la partie malade, et lui donner un degré de coction qu'elle n'a pas encore acquise, que pour se procurer une grande ouverture qui facilite les dégorgemens qui doivent se faire. Dans ce cas, il n'y a pas les mêmes raisons pour retenir l'humeur dans le foyer de l'abcès jusqu'à ce qu'elle sorte d'elle-même, et en petite quantité à la fois, comme dans les abcès par congestion. Au contraire tout porte à desirer qu'elle s'évacue promptement, parce que cette humeur est mobile, et qu'elle pourrait rentrer dans le torrent de la circulation.

Des Abcès métastatiques.

Les abcès métastatiques sont ceux qui dépendent d'un déplacement d'humeur, laquelle se porte dans un lieu différent de celui qui leur a donné naissance. On en a un exemple dans les abcès qui,

après s'être formés dans la région lombaire, à l'occasion d'une carie à une ou plusieurs vertèbres de cette région, descendent le long du muscle psoas, et se glissent sous le ligament de Fallope, pour se porter à la partie supérieure, antérieure et interne de la cuisse. Ceux qui, après avoir pris naissance dans une cavité articulaire attaquée de carie, se portent vers le lieu où la résistance est moindre et où la pesanteur les entraîne, en offrent un autre. Ces derniers sont excessivement dangereux. L'évacuation du pus qu'ils contiennent ne tarde pas à être suivie des accidens les plus graves. Pour l'ordinaire, cette humeur devient putride, le malade est attaqué de fièvre lente, il a souvent des frissons irréguliers, son embonpoint se dissipe, sa peau devient terreuse, il tombe dans une maigreur extrême; enfin il périt. On doit différer l'ouverture de ces abcès autant qu'il est possible, et lorsqu'on est forcé d'y procéder, il faut la faire extrêmement petite ou par une application de potasse concrète, et laisser se détacher l'eschare d'elle-même. On soutient les forces du malade par un bon régime, et on éloigne la putridité au moyen du quinquina. Ces soins procurent quelquefois la guérison des malades dont les abcès ont leur foyer dans les articulations. Ces malades se rétablissent aux dépens d'une enkylose ou d'une fistule qui durent autant que la vie. Mais ceux qui sont attaqués d'abcès à la région lombaire pé-

rissent tous, et le seul but qu'on puisse se promettre d'atteindre, est de leur prolonger la vie.

Des Abcès causés par la présence de corps étrangers.

Les corps étrangers de toute espèce peuvent séjourner long-temps dans le tissu des parties où ils se sont introduits sans causer beaucoup d'incommodité; mais pour l'ordinaire ils y excitent de l'irritation, et ils y attirent de l'inflammation, qui se termine par des abcès, dans le foyer desquels ces corps étrangers se trouvent. On peut présumer qu'il en est resté dans les plaies qui ont été faites par des projectiles, tels que les armes à feu, les frondes, l'explosion des mines, celle des magasins à poudre et autres. Lors donc qu'il survient au voisinage de ces plaies, ou à l'endroit même qu'elles occupent, des engorgemens inflammatoires et douloureux qui paraissent devoir se terminer par un abcès, il faut favoriser la suppuration, que d'ailleurs on ne pourrait éviter en couvrant la partie avec des cataplasmes émolliens et maturatifs. Si l'abcès est un peu considérable, on ne peut se dispenser de l'ouvrir dans une étendue assez grande pour qu'on puisse aller à la recherche du corps qui lui donne naissance. S'il est petit, il s'ouvre le plus souvent avant qu'on se soit aperçu de sa maturité; mais le

corps étranger se présente le plus souvent de lui-même. Dans l'un et l'autre cas, il doit être saisi avec les doigts ou avec des pinces de forme et de dimension convenables. Rien ne s'oppose plus alors au dégorgement de l'abcès, au rapprochement de ses parois et à la formation de la cicatrice; ce que l'on obtient par les moyens les plus ordinaires : mais la guérison n'est constante qu'autant que tout ce qu'il y avait de corps étrangers dans la plaie a pu en être tiré. Dans le cas où ce seraient des fragmens d'os qui auraient été brisés, il serait à craindre qu'il n'en restât quelques-uns, et que le mal ne se reproduisît; mais cela est inévitable, et les personnes qui ont échappé au danger des plaies d'armes à feu qui ont atteint les os ne parviennent presque jamais à guérir complètement.

Des Abcès causés par l'effusion d'une liqueur excrémentitielle.

Les abcès causés par l'effusion d'une liqueur excrémentitielle, à l'occasion de la crevasse qui s'est faite aux canaux que ces liqueurs parcourent, sont au nombre de quatre : l'abcès lacrymal, l'abcès biliaire, l'abcès stercoral et l'abcès urinaire.

De l'Abcès lacrymal.

Si le sac lacrymal vient à être affecté par une humeur qui en ulcère les parois, et que les larmes

sorties de sa cavité se répandent dans le tissu cellulaire, elles y produisent une irritation qui est bientôt suivie d'inflammation et d'abcès qui s'annonce par un érysipèle sur la face de son côté. Cet abcès s'ouvre presque toujours de lui-même, parce qu'il parvient à sa maturité avant que les secours de l'art puissent y être appliqués. Il n'est donc pas susceptible d'aucune opération, et il n'en est fait mention ici que pour compléter l'histoire des abcès de son espèce. La fistule lacrymale en est une suite presque inévitable.

De l'Abcès biliaire.

Après ce qui a été dit des fistules et ensuite des tumeurs qui sont faites par la bile sortie de la vésicule du fiel ou amassée dans cette poche membraneuse, il est facile de concevoir la manière dont se forment les abcès biliaires. La vésicule peut avoir contracté des adhérences avec le péritoine, en conséquence de la pression qu'ils ont exercé l'un sur l'autre, et s'il arrive une crevasse à ses parois à l'endroit de cette adhérence, la bile se répand dans le tissu cellulaire, où elle attire une inflammation qui doit presque nécessairement se terminer par un abcès. Les incommodités qui ont précédé, et le lieu que la tumeur occupe, le font aisément reconnaître. Le malade a eu des digestions difficiles accompagnées de borborygmes, de constipation et de

douleurs qui se prolongent jusqu'à l'épaule et au bas du col du même côté. Il rend des urines peu abondantes et fort colorées, pendant que les matières fécales sont en petite quantité et sans couleur. Son humeur est sombre; il est triste, mélancolique. Enfin la tumeur dont il est attaqué est située au dessous de l'hypocondre droit, et après s'être annoncée par ses symptômes ordinaires au pleg-mon, c'est-à-dire par une élévation accompagnée de fièvre, de douleurs et de pulsations, elle offre à sa partie moyenne une fluctuation qui en indique la maturité. Cet abcès doit être ouvert avec le bistouri ou avec la potasse concrète; mais de quelque manière qu'on y procède, il est extrêmement probable que l'ouverture qu'on y aura pratiquée dégénérera en une fistule contre laquelle l'art ne peut rien.

Des Abcès stercoraux.

Les abcès qui surviennent au voisinage du fondement peuvent dépendre des mêmes causes que ceux qui se font en d'autres parties du corps; mais ils sont souvent l'effet de causes particulières et relatives à la position, à la structure et aux usages de l'intestin rectum. On sait en effet que la partie inférieure de cet intestin est entourée de beaucoup de tissu cellulaire et graisseux; que la plupart des veines qui s'y distribuent remontent de bas en haut pour se rendre dans l'hémorroïdale interne; que ces

veines sont comprimées par les excrémens amassés dans sa cavité, et que le sang qu'elles contiennent y éprouve un refoulement de haut en bas toutes les fois que l'on fait des efforts pour aller à la garde-robe, ce qui doit y causer de fréquens engorgemens. Mais rien ne donne plus souvent lieu aux abcès du fondement que les inflammations sourdes qui naissent autour des hémorroïdes gonflées, et les crevasses qui se font au rectum. Ces crevasses sont occasionnées par les corps étrangers de toute espèce, qui, après avoir été avalés et confondus avec les alimens, se trouvent aussi mêlés avec les matières excrémenteuses, et sont pressés par la contraction du sphincter de l'anus lors de l'expulsion de ces matières, ou bien elles sont la suite de la rupture de quelqu'un des follicules muqueux placés intérieurement au voisinage de l'anus. Comme l'orifice de ces follicules est plus élevé que leur fond, l'humeur qu'ils contiennent éprouve de fréquentes répulsions, et leurs membranes peuvent se rompre après avoir été fortement distendues. L'infiltration des humidités stercorales qui en est la suite attire bientôt de l'empâtement, de l'inflammation et des suppurations d'autant plus abondantes, et d'un caractère d'autant plus mauvais, que la crevasse de l'intestin est plus grande, et qu'ils s'en échappe plus de matières.

La différence des symptômes que présentent les

abcès stercoraux, et celle qui se remarque dans la quantité du pus qu'ils contiennent, les a fait diviser en grands abcès ou abcès gangreneux, en abcès moyens ou abcès phlegmoneux, et en petits abcès ou tubercules suppurés.

Les premiers sont pour le plus souvent l'effet d'une crevasse au rectum, et de l'infiltration des humidités stercorales dans le tissu cellulaire qui l'avoisine. Tantôt ils se forment d'une manière lente, et commencent par un engorgement pâteux et sans douleur, qui dure plus ou moins long-temps; tantôt au contraire ils parcourent leurs temps avec beaucoup de rapidité, et sont accompagnés de douleurs vives, de fièvre, d'insomnie, de difficulté d'uriner, de chaleur brûlante à la peau, et de sécheresse à la bouche et au gosier. On voit des cas dans lesquels ces symptômes paraissent avant qu'il se manifeste aucun engorgement extérieur; mais on sent profondément un point de dureté qui augmente en peu de jours, et qui, se portant au dehors, occupe bientôt la plus grande partie de la fesse. Ces sortes d'abcès n'altèrent presque point la couleur de la peau, et ils n'offrent ni mollesse, ni fluctuation sensible, que lorsque le mal est fort avancé; alors les tégumens deviennent pâteux vers la partie moyenne de la tumeur, et prennent un aspect livide qui annonce que la pourriture ne tarderait pas à s'en emparer, si on ne donnait issue au pus qu'elle contient.

Le seul moyen de s'opposer en quelques cas au progrès de cette maladie, serait de porter de bonne heure le doigt indicateur bien graissé dans l'anus, afin de déranger le corps étranger qui blesse l'intestin, et de faire l'extraction de ce corps avec un autre doigt qu'on y introduirait en même temps, ou avec des pinces qu'on conduirait à sa faveur. On viderait ensuite le rectum avec des lavemens appropriés, pour lui donner la liberté de se contracter sur lui-même, et de resserrer l'ouverture que le corps étranger y a faite. Mais comme la maladie peut dépendre de toute autre cause que de la présence d'un corps étranger, et que d'ailleurs il est rare que l'on soit appelé assez tôt, si les symptômes sont déjà menaçans, ou qu'ils le deviennent, il faut se contenter d'en borner la violence au moyen de la diète absolue, des saignées, des boissons rafraîchissantes et tempérantes, et des topiques anodins et relâchans souvent renouvelés. Lorsque la tumeur commence à s'amollir et à présenter de la fluctuation à sa partie moyenne, on y fait une ouverture convenable afin de prévenir la trop grande fonte des graisses, et d'empêcher que le rectum ne soit dénudé dans une trop grande étendue.

Le premier soin du chirurgien doit être de mettre au malade un bandage en T, soutenu d'un scapulaire. Une serviette pliée en trois sur sa longueur, au milieu de laquelle on a fixé avec des épingles ou avec

un point de couture, une large bande partagée en deux chefs à sa partie inférieure, peut tenir lieu de ce bandage, et lui est même préférable, en ce qu'il suffit de renouveler la bande à chaque pansement, et qu'on n'est pas obligé de faire faire de grands mouvemens au malade, comme pour changer le bandage en T. Cette précaution prise, on garnit le bord du lit d'un drap plié en plusieurs doubles, et le malade est couché sur la fesse à laquelle l'abcès répond, les cuisses et les jambes fléchies, et celle du côté sain beaucoup plus que l'autre, pour que la tumeur soit entièrement à découvert. Un aide intelligent monte à genoux sur le côté opposé du lit, retient le malade dans cette situation, et lève la fesse saine avec une main; d'autres aides l'assujettissent et le mettent hors d'état de faire des mouvemens inconsidérés. Alors le chirurgien porte un bistouri droit ou demi-courbe sur la partie la plus saillante de la tumeur, et il y fait une incision parallèle à la ligne qui sépare les fesses.

Les anciens ne nous ont prescrit d'autres règles touchant cette incision que de la faire de bonne heure, et avant la parfaite maturité de l'abcès. Les modernes ont pensé que, pour prévenir le séjour du pus dans les parties les plus reculées du vide qui s'est formé, il fallait lui donner une grande étendue et la faire de la figure d'un T; à quoi on a ajouté que les pansemens deviendraient plus faciles, et

qu'on porterait plus aisément les médicamens nécessaires au fond de l'abcès, si on retranchait les angles de la peau. Mais comme, en opérant ainsi, on a observé qu'il restait quelquefois des clapiers sinueux et profonds qui ne se remplissaient ni ne se recollaient, on a cru que la dénudation du rectum en était cause, et qu'il fallait s'opposer à cet effet en fendant la portion de cet intestin qui se trouverait isolée, ce qui rend la plaie cruciale. Cette partie de l'opération s'exécute facilement à la faveur d'une paire de ciseaux, dont on introduit une branche dans l'anus et l'autre dans le foyer de l'abcès, avec un bistouri boutonné conduit sur le doigt, ou avec un bistouri ordinaire que l'on fait glisser sur une sonde cannelée. Quelques-uns conseillent d'extirper les lambeaux de l'intestin, de peur qu'ils ne rendent les pansemens douloureux, et qu'ils ne disposent la plaie à rester fistuleuse. L'observation d'un cas dans lequel on avait négligé de fendre le rectum, et où son extrémité inférieure resta dénudée dans toute sa circonférence, de sorte qu'on fut obligé de l'emporter après coup, et de faire une plaie avec perte de substance, qui détruisit presque toute la portion d'intestin qui est entourée par le sphincter de l'anus, a confirmé la pratique dont je viens de parler, et Faget, auteur de cette observation, a avancé comme un précepte dont il n'est pas permis de s'écarter, qu'il ne suffit pas d'ouvrir les abcès du fondement où le rectum

est à découvert, et qu'il faut inciser ou fendre cet intestin, pour procurer sa réunion avec les parties voisines.

Il y a des cas où cette opération pourrait être nuisible, eu égard à la suppuration abondante qui la suit, et par la nécessité qu'elle impose de panser fréquemment le malade, et de l'exposer au froid. Si, par exemple, un homme épuisé par une maladie longue, si une femme en travail d'enfant, se trouvaient attaqués d'un pareil abcès, ne faudrait-il pas se contenter de l'ouvrir par une incision suffisante pour l'entier écoulement du pus, et attendre un temps plus favorable pour employer les moyens capables de procurer une guérison complète? C'est ce que Foubert a fait. Un homme de plus de soixante ans, réduit au marasme par une maladie très-grave, avait un abcès qui occupait toute la circonférence de l'anus. Son état semblait ne permettre aucune opération; néanmoins Foubert crut ne rien risquer en faisant à cette tumeur une incision de seize à vingt millimètres. Il en sortit une grande quantité de pus fétide, et la suppuration, qui continua d'être abondante, entraîna les jours suivans plusieurs lambeaux de tissu cellulaire tombés en pourriture. La plaie ne fut couverte que d'un emplâtre qu'on renouvelait deux fois le jour, et le malade fut totalement guéri en trois semaines de temps, sans jamais avoir ressenti depuis la moindre incommodité en cette partie. Une femme près d'accoucher avait un abcès

de la même espèce, dont le volume paraissait mettre obstacle à la sortie de l'enfant. Foubert crut ne devoir y faire que la plus petite incision possible. La femme accoucha heureusement, et fut guérie en peu de jours de cette plaie, sur laquelle on n'appliqua aucun médicament.

Ces exemples, et plusieurs autres que la pratique a fournis à cet habile chirurgien, lui ont montré qu'il était possible que les parties écartées dans les abcès du fondement se rapprochassent les unes des autres, et que le recollement s'en fît sans qu'on y pratiquât de ces grandes ouvertures que Faget a recommandées. En conséquence, il a conseillé de ne les ouvrir qu'autant qu'il est absolument nécessaire pour l'entier écoulement du pus, et de les abandonner ensuite à la nature, sans y rien introduire d'étranger. Il convient que cette méthode a l'inconvénient de ne pas conduire toujours à une guérison radicale, et qu'il peut rester une fistule. Il serait sans doute plus avantageux de pouvoir opérer de manière que les malades ne fussent pas exposés à l'être une seconde fois; mais Foubert croit que les inconvéniens qui peuvent résulter de l'incision cruciale prolongée jusqu'au haut de la dénudation de l'intestin, ne peuvent permettre de la pratiquer. « D'ailleurs, dit-il, s'il reste une fistule, l'opération, qui deviendra nécessaire par la suite, se fera avec la plus grande connaissance de l'éten-

due et de la direction qu'il faudra donner aux incisions ; il y aura moins de parties à emporter et à fendre, et l'on n'aura pas à craindre d'étendre l'opération au-delà des bornes prescrites par la nature du mal ».

Quelle est donc la manière dont il faut ouvrir les abcès du fondement? Est-il nécessaire d'y faire une incision cruciale dans laquelle le bord de l'anus se trouve compris, et de fendre le rectum dans toute l'étendue de sa dénudation, comme Faget l'a conseillé ; ou bien suffit-il d'y faire une ouverture de la longueur de seize à vingt millimètres, suivant le précepte de Foubert? Pour se décider en faveur de l'une ou de l'autre méthode, il convient, je pense, de ranger les abcès de cette espèce sous deux classes différentes, relativement à la cause qui les a produits, et à leur espèce. Les uns viennent de causes étrangères au rectum, et n'ont occasionné aucune autre altération aux membranes de cet intestin, que celle qui résulte de leur amincissement. Tels sont ceux qui sont l'effet d'une contusion violente au périnée, d'un dépôt critique, d'un épanchement d'urine. Les autres dépendent d'une crevasse au rectum, soit qu'elle y ait été faite par un corps étranger entraîné avec les excrémens, ou par le refoulement de l'humeur contenue dans les follicules muqueux qui se trouvent à son extrémité. Ceux-ci peuvent être nommés abcès stercoraux. Les premiers ne demandent

qu'une incision qui permette l'entier écoulement du pus. La nature, attentive à se débarrasser de ce qui l'incommode, ne tardera pas à procurer le dégorgement qui doit précéder le rapprochement et le recollement des parties dilacérées. Tout se passera ici comme dans les abcès qui arrivent aux autres parties du corps. Pourvu que l'ouverture se trouve au lieu le plus déclive du foyer de l'abcès, pourvu que rien ne s'oppose à l'évacuation du pus, et que nulle cause étrangère ne trouble la cure, elle sera bientôt complète, excepté dans le cas où la maladie vient de la rupture de l'urèthre; car le passage des urines qui s'échappent de ce canal donne lieu à des callosités, qui subsistent autant que la cause qui les a produites. N'est-ce pas dans des cas de cette espèce que Foubert a obtenu les succès dont il parle, ou dans lesquels on n'a pu procurer la guérison au moyen de la méthode recommandée par Faget? On ne voit pas quelle fut la cause de l'abcès dont il est parlé dans sa première observation : celui qui fait le sujet de la seconde était le produit d'une forte contusion : celui de la troisième était un dépôt critique à la suite d'une fièvre maligne. La malade à qui Ruffel a donné ses soins, et dont Foubert rapporte l'histoire dans sa quatrième observation, a bien eu un écoulement de pus par le vagin et par l'anus, mais on ne peut dire qu'elle ait été attaquée d'un abcès stercoral, à moins de vouloir confondre les

maladies qui se ressemblent le moins. Enfin il s'agit, dans la sixième et dans la septième, d'abcès urineux pris et traités mal à propos pour des abcès stercoraux, et dont on n'a pu obtenir la guérison qu'au moyen des bougies.

Les abcès de la seconde espèce, les abcès stercoraux, doivent être ouverts dans toute leur étendue. Il ne suffit pas de faciliter la sortie du pus qu'ils contiennent, et le dégorgement de leurs parois : s'il est possible que ce dégorgement se fasse d'une manière complète, et que les parois se recollent après s'être rapprochées les unes des autres, il est plus souvent à craindre que le contraire n'arrive. Le rectum peut être considéré, dans ce cas, comme un canal solide retenu par sa propre structure et par les liens qui l'assujettissent de toutes parts, et qui se trouve isolé au milieu du vide que l'écartement des parois de l'abcès a formé autour de lui. Rien n'empêche que les humidités et les matières stercorales ne passent à travers la crevasse qui est la première cause du mal, et ne se répandent sur les parties altérées. Or, on ne peut espérer qu'elles se dégorgent et qu'elles se rapprochent tant qu'elles seront infectées par ces substances étrangères, et en quelque sorte putride; au lieu que, si on fend le rectum dénudé, les lèvres de la plaie qu'on y pratique s'affaissent et tombent sur les parois opposées du foyer de l'épanchement, où elles sont d'ailleurs portées par

les pièces d'appareil dont on a coutume de se servir dans le pansement de ces sortes de plaies. Leur contact est mutuel et exact. Nulle humidité, nulle matière étrangère ne tend à les désunir, et le recollement est aussi certain qu'il l'est peu en opérant de l'autre manière. Il n'est pas nécessaire, pour obtenir cet effet, que l'incision faite au rectum comprenne la crevasse de l'intestin, comme le dit Foubert; et le défaut de cette précaution ne donne point lieu à une fistule consécutive. Il suffit, pour que cet inconvénient n'arrive pas, que les humidités stercorales ne puissent y passer. D'ailleurs si on jugeait qu'il fût d'une extrême nécessité de savoir en opérant le lieu où se trouve cette crevasse, rien ne serait plus facile : je n'ai jamais ouvert de ces sortes d'abcès sans l'avoir reconnue avec le doigt porté dans le rectum.

Foubert a dit que l'incision cruciale a des inconvéniens qui doivent la faire rejeter dans tous les cas. Si on l'en croit, elle peut attirer des hémorragies graves, des suppurations abondantes et de mauvais caractère, des diarrhées, etc. Je n'ai jamais vu survenir d'hémorragie à la suite de cette opération, quoique cet accident arrivat fréquemment après celle que l'on pratiquait, il n'y a pas encore longtemps, pour la guérison de la fistule stercorale. On pourrait tirer la raison de cette différence de celle que présentent les parties où il s'est fait un abcès,

et celles qui n'offrent que des sinus fistuleux. Le pus a disséqué les premières et a écarté les vaisseaux qui pourraient fournir du sang, au lieu que les autres sont presque dans leur état d'intégrité. Quant à l'abondance de la suppuration et aux diarrhées, il est vrai qu'elles sont très-ordinairement la suite de l'ouverture cruciale des grands abcès du fondement; mais aussi on ne voit pas pourquoi ces inconvéniens n'auraient pas également lieu lorsque ces abcès ne sont ouverts que dans une petite étendue, puisqu'il n'y a pas plus de perte de substance dans un cas que dans un autre. D'ailleurs, en supposant qu'ils doivent être plus fréquens lorsque l'on fend le rectum dénudé, la méthode opposée en a de plus graves; car, sans parler du désagrément de laisser aux malades une fistule qui exige une seconde opération, il est à craindre que les matières qui s'échappent à travers la crevasse du rectum et qui tombent dans le foyer de l'abcès, n'empêchent les parties de se dégorger et de se recoller, ou qu'elles n'occasionnent des abcès dont les suites peuvent être funestes.

La pratique m'en a fourni des exemples trop fréquens pour qu'il me soit permis de me livrer davantage aux espérances flatteuses de guérison que donne Foubert, à moins que les circonstances particulières dont il a été parlé précédemment ne forcent de s'en tenir au procédé qu'il conseille. Un officier eut un abcès au fondement, auquel je ne fis qu'une ouver-

ture de vingt-sept millimètres d'étendue. Le dégorgement et le rapprochement des parties malades me faisaient espérer une guérison prochaine, lorsqu'il survint un second abcès plus considérable que le premier, et qu'il me fallut ouvrir. Le délabrement était trop grand pour qu'il eût été possible d'en venir à l'incision du rectum. D'ailleurs je me flattais encore. Un troisième et un quatrième abcès succédèrent bientôt aux deux premiers. Il n'y avait plus d'autre ressource que d'y faire la plus petite ouverture possible. Aucune de ces plaies ne s'est fermée; elles sont demeurées fistuleuses. Le voisinage de l'anus est devenu calleux. De nouveaux abcès se sont ouverts dans des temps plus reculés, et le malade, qui a survécu long-temps, était non-seulement incommodé de fistules nombreuses qui occupaient la circonférence de l'anus, mais il était sujet à de fréquens tubercules qui, pour le plus souvent, s'ouvraient d'eux-mêmes.

Un autre officier s'aperçut en mangeant du poisson qu'il avalait une arête qui avait de la peine à passer. Quelques jours après, il fut attaqué d'un dévoiement fort considérable, et en même temps d'une douleur violente et profonde au côté droit du fondement. Je ne le vis que le deuxième ou troisième jour de cet accident. Il s'était déjà fait un dépôt énorme dans l'épaisseur de la fesse droite et tout près de l'anus. Cet abcès fut ouvert le lendemain par une ouverture

de cinquante-quatre millimètres de long. Je cherchai inutilement l'arête. La grande étendue de l'abcès, jointe au dévoiement dont le malade était attaqué, ne m'auraient pas permis de fendre l'intestin, quand bien même c'eût été mon intention. Il se fit par la plaie un dégorgement salutaire : mais à peine avait-il commencé, qu'un second abcès se déclara du côté du périnée. Il en a bientôt succédé un troisième vers les bourses et la partie interne de la cuisse du même côté. Les remèdes que je prescrivis au malade arrêtèrent le dévoiement, qui était une des causes premières de tout ce désordre. Cela n'empêcha pas qu'il ne se fît successivement plusieurs abcès qui se terminèrent par autant d'ouvertures à la peau. Le malade devint infiltré. Il est mort au bout de deux ou trois mois, et certainement de la crevasse faite au rectum par l'arête du poisson qu'il avait avalée. L'excessive puanteur que son corps exhalait m'empêcha d'en faire l'ouverture, qui d'ailleurs ne m'aurait donné aucune lumière sur la nature de la maladie, l'arête étant sortie spontanément quelques jours après l'ouverture du premier abcès.

Un troisième malade, auquel je me suis contenté de faire l'incision recommandée par Foubert pour un abcès de l'espèce de ceux dont il s'agit, n'a pas éprouvé de maux aussi fâcheux. Mais, quoiqu'il ait survécu près de trois mois à l'opération, la plaie est toujours restée dans le même état. Les parois de

l'abcès ne se sont pas recollées, et il n'y a eu aucune apparence de guérison. Je n'aurais pas hésité à fendre l'intestin et à extirper une portion des tégumens du côté de l'anus, s'il ne se fût déclaré des symptômes d'une hydropisie de poitrine qui l'a fait périr. Il ne m'a pas été possible de disposer de son corps.

Le danger d'une fistule consécutive que l'on puisse guérir par une opération aussi sûre qu'elle est simple et facile, n'est donc pas le seul qui puisse résulter de la méthode de Foubert appliquée aux abcès du fondement produits par une crevasse au rectum. Elle peut donner lieu à de nouveaux abcès qui laissent des fistules incurables, ou n'être suivie d'aucune espèce de recollement, de sorte que les parties demeurent dans l'état où elles étaient au moment de l'opération. Ces accidens viennent de ce que le rectum est comme suspendu dans le vide de l'abcès, de manière que les humidités stercorales qui en sortent baignent les parties dilacérées, et les rendent calleuses ; par conséquent ils sont inévitables. C'est pourquoi on ne peut se dispenser de pratiquer à ces sortes d'abcès l'incision cruciale recommandée par Faget; opération qui guérit d'une manière sûre, à moins que le malade ne soit totalement épuisé, et qui n'a d'autre inconvénient que celui d'être suivie d'une suppuration longue et un peu plus abondante, qui éloigne la guérison et qui la rend plus laborieuse.

Mais comment distinguer ces abcès d'avec ceux

qui dépendent de toute autre cause? Les signes des premiers ont été exposés précédemment. Ceux des seconds se tirent de ce qui a précédé la maladie. Si elle vient à la suite d'une forte contusion, si elle arrive à la fin d'une fièvre maligne, on ne peut en méconnaître l'espèce. Il n'y a que les abcès urinaires qui s'étendent jusque auprès du fondement qui puissent donner lieu à quelque méprise. Cependant il sera facile de les reconnaître à la difficulté d'uriner, et même à la rétention d'urine complète dont ils ont été précédés; à leur situation, qui est toujours plus voisine du périnée que de l'anus; à leur maniere de croître, qui est plus lente que celle des abcès stercoraux; à la douleur, à la chaleur et au frémissement que le malade ressent au dedans de la tumeur lorsqu'il rend ses urines; et enfin, quand on ouvre l'abcès, à la nature du pus qui s'en écoule, et qui est délayé dans une grande quantité de sérosité; au lieu que celui que fournissent les abcès stercoraux entraîne des lambeaux de tissu cellulaire tombés en pourriture, et porte une teinte brune que lui donnent les matières avec lesquelles il se trouve mêlé.

Quand les grands abcès du fondement ont été ouverts par une incision cruciale, on introduit dans l'anus une tente mollette graissée à son extrémité, qu'on porte profondément au-delà du lieu où l'intestin a été incisé. Le reste de la plaie est garni

de charpie par dessus laquelle on applique des compresses longuettes, et le bandage dont il a été parlé précédemment. Comme la suppuration est entièrement établie, l'appareil peut et doit être renouvelé au bout de vingt-quatre heures, et les pansemens suivans se font plus ou moins fréquemment, suivant la quantité de pus que la plaie fournit. Ils consistent à introduire dans le rectum une mèche en place de la tente dont on s'est servi d'abord, et qui non-seulement porte les médicamens convenables sur les parties les plus profondes de la plaie, mais empêche encore que les humidités du rectum ne s'y introduisent, et applique les lambeaux de cet intestin contre la paroi opposée du foyer de l'abcès, afin qu'ils s'y collent avec exactitude. Des plumasseaux sont appliqués à l'extérieur, et le tout est contenu comme la première fois. Lorsque la plaie commence à diminuer, on diminue également la grosseur et la longueur de la mèche, que l'on supprime enfin tout-à-fait. Quand on n'ouvre les grands abcès du fondement que par une incision de peu d'étendue, on se contente de couvrir la plaie avec un emplâtre suppuratif; puis on applique une compresse longuette que l'on soutient avec un bandage en T. Les pansemens suivans sont les mêmes. On les continue jusqu'à la guérison de la plaie, ou jusqu'à ce qu'elle ait dégénéré en fistule.

Les abcès moyens du fondement, ou les abcès

phlegmonneux sont ainsi nommés, parce qu'ils sont moins considérables que ceux dont il vient d'être parlé, et parce qu'ils présentent la plupart des symptômes des phlegmons, tels que la rougeur, la circonscription, les battemens, la douleur, la fièvre, etc. Ils peuvent être produits par une crevasse à l'intestin rectum comme les précédens; mais aussi ils peuvent dépendre de toute autre cause. Les soins qu'ils exigent sont les mêmes. Il faut, dans les commencemens, calmer l'inflammation par la diète, les saignées, etc., et lorsque la suppuration s'annonce par la mollesse et par la fluctuation, il faut donner issue au pus, au moyen d'une incision cruciale ou d'une incision de peu d'étendue, suivant la nature de l'abcès. Les pansemens se font comme il vient d'être dit.

Les abcès de la troisième espèce, que l'on nomme tubercules suppurés, arrivent assez fréquemment au voisinage des hémorroïdes tuméfiées. Ils causent pour l'ordinaire si peu d'incommodité, que les malades qui en sont attaqués ne s'en aperçoivent que lorsqu'ils se sont ouverts d'eux-mêmes, et lorsque le pus qui en découle gâte leur linge. Si on était consulté pour cette légère maladie, il n'y aurait rien autre chose à faire que de couvrir les tégumens avec un emplâtre d'onguent de la mère, ou de diachilum gommé, et d'attendre que l'abcès perçât. Les mêmes topiques en favorisent le dégorgement et la guérison

radicale, à moins que l'abcès ne communique avec le rectum; car, dans ce cas, il reste ordinairement une fistule.

Des Abcès urinaires.

Une crevasse un peu plus considérable que celle dont il a été parlé à l'occasion des tumeurs dures qui surviennent quelquefois au périnée des personnes attaquées de rétention d'urine, par le retrécissement de l'urèthre, donnent lieu à des abcès dont la marche est plus ou moins rapide. Ces abcès commencent par une tumeur peu douloureuse, qui ne change pas la couleur de la peau, qui offre peu de rénitence, et au centre de laquelle on sent une fluctuation profonde. Le siége de la tumeur qui occupe le périnée au dessous des bourses, le sentiment de chaleur que le malade y éprouve lorsqu'il rend ses urines, la difficulté avec laquelle ce fluide s'écoule, celle qui a eu lieu précédemment, font aisément connaître quelle en est la nature. Lorsque la fluctuation commence à y être sensible, il ne faut pas hésiter à plonger un bistouri jusqu'au foyer du mal, et à ouvrir l'abcès dans la plus grande partie de son étendue, de manière surtout que les écoulemens qui doivent se faire par la plaie trouvent en arrière et en bas une pente facile. Si on tardait à le faire, les urines et le pus pourraient s'amasser en si grande quantité, qu'il en résultât un engorgement gangre-

neux qui s'étendît sur le scrotum, et qui mît les testicules et le corps caverneux à nu, par la chute des eschares qui en seraient la suite. On ne peut donc être trop attentif à observer les progrès de la maladie pour s'y opposer à temps. Quelques applications émollientes et relâchantes peuvent favoriser la maturation de l'abcès. Il en sort des urines mêlées de pus, et d'une odeur infecte. On remplit la plaie avec de la charpie mollette, et le reste du pansement est le même que celui de l'opération qu'exigent quelquefois les fistules urinaires compliquées de callosités. Comme la suppuration est toute établie, que les urines continuent à sortir par la crevasse de l'urèthre, et qu'elles s'échappent ensuite par la plaie, ce pansement doit être renouvelé fréquemment dans les premiers temps. Lorsque l'abcès est suffisamment dégorgé, il faut introduire des bougies dans l'urèthre pour en faire cesser le rétrécissement. Si on peut les faire parvenir jusque vis-à-vis la plaie, on y substituera une algalie d'argent à double courbure, laquelle est bien plus facile à conduire dans la vessie que ne le serait une sonde flexible préparée avec l'huile de lin cuite avec la litharge, et on permettra à la plaie de se cicatriser. Si au contraire on négligeait l'usage des bougies, ou qu'elles ne pussent être introduites assez avant, le malade courrait le risque de rester avec une fistule urinaire, qu'il pourrait garder toute sa vie.

Les abcès dont il vient d'être parlé se forment pour le plus souvent au dessous des bourses. Rien n'empêche cependant que les urines ne se glissent de proche en proche sous les tégumens voisins, et qu'elles n'aillent produire des abcès de cette espèce ailleurs. J'en ai vu à l'aine et au devant du pubis, lesquels n'ont été annoncés par aucune difficulté d'uriner sensible, et qui ont été méconnus jusqu'à ce qu'ayant été ouverts, la qualité du pus qu'ils ont rendu en ait fait distinguer la nature. Il est impossible que ces sortes d'abcès n'aient un foyer au périnée. Lorsque cela a lieu, le chirurgien doit pratiquer en cet endroit une contre-ouverture, soit qu'il incise les tégumens sans guide, ou qu'il se serve d'une grosse sonde boutonnée, qu'il fait glisser sous les tégumens, en passant à travers la plaie.

Lorsque les abcès au périnée sont d'un volume considérable, La Faye croit qu'il ne faut pas se contenter de les ouvrir, et qu'il est nécessaire de porter une canule dans la vessie. Il ne dit pas comment cette canule doit être placée; mais j'en ai vu faire usage dans ma jeunesse, et sans doute les praticiens exercés s'en servaient, comme ceux que j'ai eu occasion de voir opérer. Ils introduisaient une sonde cannelée dans la vessie à travers la crevasse de l'urèthre, et après avoir incisé le col de ce viscère avec un bistouri qu'ils faisaient glisser le long de sa cannelure, ils s'en servaient pour placer la canule,

qu'ils laissaient à demeure. La vue qu'ils se proposaient est facile à saisir. Ils voulaient donner à la vessie la facilité de se vider en entier, et à la plaie celle de se dégorger; mais il n'est pas nécessaire de faire une opération aussi importante pour parvenir à ce but. J'ai ouvert et fait ouvrir une grande quantité d'abcès urinaires : je les ai tous fait panser comme il a été dit ci-dessus; et lorsque les malades ont été dociles, et qu'ils se sont prêtés à temps et assez long-temps à l'usage des bougies, ils ont été guéris complètement, et sans avoir éprouvé d'accidens graves. Si j'en crois mon expérience, les abcès urinaires ne sont d'aucun danger, à moins que le mal n'ait fait beaucoup de progrès avant que le chirurgien ait été consulté, et que les tégumens du périnée et des bourses ne soient dans une disposition très-prochaine à la gangrène. Alors, après les avoir ouverts, il faut attendre la formation des eschares, que rien ne peut empêcher, en favoriser la séparation par des applications onctueuses et relâchantes, panser les plaies qui résultent de leur séparation de la manière la plus simple, et même avec de la charpie sèche, et soutenir les forces du malade au moyen d'un régime analeptique et de l'usage du quinquina en poudre, à la dose de plusieurs grammes par jour.

DES TUMEURS FAITES PAR L'ENGORGEMENT DES PARTIES MOLLES.

Les tumeurs de cette espèce sont fongueuses, ou squirreuses, et carcinomateuses.

Des Tumeurs fongueuses.

Ces tumeurs sont celles qui s'élèvent sur la dure-mère, l'encanthis, le *pterigium*, le staphylôme, les polypes des narines et de la gorge, ceux du sinus maxillaire et des oreilles, l'épulis, l'exubérance des amygdales, la tuméfaction et le prolongement de la luette, et les polypes de la matrice et du vagin.

Des Fongosités de la dure-mère.

Ces fongosités proviennent de causes différentes. En quelques-uns elles sont la suite d'une affection vénérienne ou de toute autre cause intérieure qui altère les os du crâne. En d'autres, elles sont le produit d'une commotion qui a affaibli le ressort des vaisseaux qui unissent la dure-mère à ces os, soit qu'elle ait été occasionnée par un coup à la tête, ou par un ébranlement communiqué à cette partie par une chute sur les pieds, sur les fesses, ou de toute autre manière. On voit un exemple de cette dernière espèce dans le cinquième volume des Mémoires de l'Académie de Chirurgie. Cet exemple servira à faire

connaître les signes par lesquels cette maladie s'annonce, et les suites qu'elle entraîne.

Un particulier fit une chute sur les fesses, sans que sa tête portât. L'accident fut suivi d'une commotion qui se manifesta par une sorte de stupeur qui dura quatre mois. Il s'écoula un pareil temps sans que le malade éprouvât la moindre incommodité. Il ne pensait plus à ce qui lui était arrivé, lorsque son barbier s'aperçut, en lui rasant la tête, d'une crépitation semblable au froissement d'un parchemin sec. Le malade y porta la main et sentit la même chose. Il n'y avait encore ni tumeur ni affaissement; mais le lendemain il s'était formé une élévation dont la base égalait une pièce d'un franc, et où il y avait des pulsations. Cette tumeur fit des progrès rapides. On essaya de la réprimer au moyen d'une compression que le malade ne put supporter. La tumeur rentrait, mais il survenait des étourdissemens effrayans. Quelques-uns crurent que c'était un anévrisme. D'autres y virent une hernie du cerveau. Bientôt le mal augmenta au point d'offrir le volume d'un œuf de poule d'Inde. Il y avait de la douleur, que l'on faisait cesser en appuyant dessus; mais le malade préférait son état de douleur aux syncopes que la compression lui causait. Il se livra aux charlatans, et mourut seize mois après sa chute, et huit mois après l'apparition de sa tumeur.

L'ouverture de son corps fit connaître la nature

du mal. Il y avait à la dure-mère une fongosité enfermée dans sa duplicature et de grosseur du poing, laquelle s'enfonçait d'une part sur le cerveau, qu'elle avait déprimé, et se portait de l'autre à travers l'ouverture du crâne. Cette ouverture, faite par érosion, était plus grande en dedans qu'en dehors, parce que la table interne des os était détruite dans une étendue plus grande que l'externe. Ses bords étaient aigus, de sorte qu'elle exerçait sur la tumeur une pression douloureuse qui diminuait lorsque cette tumeur était contenue, ou qu'on la forçait à rentrer.

Ceux qui avaient regardé la maladie dont on vient de parler comme un anévrisme se sont trompés à beaucoup d'égards. Il n'y a pas à la dure-mère d'artère assez considérable pour former une tumeur d'un aussi gros volume. La force de ces vaisseaux n'aurait pu user les os dans une aussi grande étendue. Enfin un anévrisme a des battemens isochrones à ceux des artères, au lieu que ceux de la tumeur répondaient aux battemens du cerveau.

Ces considérations n'avaient pas empêché Paré de commettre une semblable méprise dans un cas qui paraît aussi avoir été celui d'un fongus à la dure-mère. La tumeur avait cru peu à peu, et elle faisait sentir des battemens très-marqués. Voilà tout ce qu'on en sait. Paré avait bien recommandé qu'on ne l'ouvrît pas. Son avis fut négligé, et le malade périt en deux jours.

Les tumeurs fongueuses à la dure-mère ne paraissent quelquefois que long-temps après l'accident qui y a donné lieu, et les malades peuvent y survivre plusieurs années. C'est ce qui est arrivé à une autre personne dont l'histoire a aussi été communiquée à l'Académie de Chirurgie. En 1712, une fille, âgée de dix-huit ans, se laissa tomber dans une cave. Elle perdit connaissance. On lui trouva une contusion à la partie postérieure et moyenne du pariétal droit, mais cet accident ne parut pas mériter une grande attention. Il lui survint cependant de fréquens vomissemens, et elle resta sujette à de grands maux de tête. Vingt-neuf ans après, en 1741, la malade reçut au même endroit de la tête un coup qui fut suivi d'un long évanouissement. On crut sentir que ce coup avait causé une légère dépression à l'os. Un mois après, il s'éleva subitement au lieu frappé une tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule. Cette tumeur fut accompagnée des accidens les plus graves, tels que des vomissemens et des hoquets, avec concentration du pouls et froid aux extrémités. La nuit suivante fut extrêmement orageuse. La disposition du lit de la malade était telle, qu'elle restait couchée sur le côté opposé à la tumeur. Cette situation seule fut assez favorable pour que ses accidens se calmassent, et que son état devînt beaucoup moins inquiétant. La tumeur avait disparu pour faire place

à un enfoncement avec perte de substance au pariétal, de l'étendue d'un ancien écu.

On conseilla un bonnet piqué, avec une plaque correspondante à la tumeur. Ce moyen n'eut pas le succès qu'on en attendait ; mais la malade était constamment soulagée en restant couchée sur le côté gauche. Elle éprouva diverses alternatives de bien et de mal, après lesquelles elle tomba, au bout de neuf ans, dans un état pire que ceux qui avaient précédé, et elle mourut en seize heures.

La pièce osseuse, tirée du cimetière long-temps après, et soumise à l'examen, fit voir au pariétal droit une ouverture de seize centimètres de circonférence. On vit que les bords de cette ouverture étaient rongés plus avant au dedans du crâne qu'au dehors de cette cavité, et que ces os avaient conservé leur couleur naturelle ; ce qui n'a rien d'extraordinaire, puisque l'ouverture dont il s'agit était l'effet d'une sorte d'érosion ou de destruction, et non celui d'une carie.

On a fait bien des tentatives pour détruire les fongosités de la dure-mère : plusieurs ont osé les mettre à nu, dans l'intention de les attaquer avec le caustique ; mais ils n'en ont pas eu le temps, parce que les malades sont morts très-promptement. On a pensé qu'il aurait fallu s'y prendre plus tôt, et avant que le mal eût fait tant de progrès : on a dit aussi qu'au lieu de penser à attaquer la fongosité, qui est la mala-

die principale, il aurait fallu commencer par détruire les bords de l'ouverture qui exercent sur elle une pression si nuisible, au moyen du trépan et des autres procédés connus. Mais comment oser entreprendre des opérations aussi hasardeuses, dans les commencemens d'une maladie avec laquelle on peut vivre longtemps? et de quel succès peut-on se flatter, si, comme il arrive souvent, les fongosités s'élèvent de la dure-mère en plusieurs endroits à la fois? Il est bon de chercher à reculer les limites de l'art; mais il ne faut pas se livrer à des espérances destituées de toute espèce de fondement. Les fongosités de la dure-mère sont du nombre des maladies qui sont totalement incurables, et auxquelles on ne doit pas se permettre de toucher.

De l'Encanthis.

L'encanthis est une tumeur fongueuse et lypômateuse qui s'élève du grand angle de l'œil, très-probablement de la caroncule lacrymale, et qui s'étend jusqu'au voisinage de la cornée, avec des prolongemens qui, en quelques sujets, se portent le long de la face interne de la partie voisine des paupières. Son volume varie jusqu'à acquérir celui d'une grosse châtaigne ou d'une noix. Quelquefois elle prend une couleur brune foncée et un aspect carcinomateux accompagné des douleurs qui caractérisent cet état; mais, pour le plus souvent, l'encanthis est comme grumelé et de couleur rougeâtre, assez semblable à

celle de la caroncule lacrymale qui lui donne naissance. Sous quelque apparence qu'elle se présente, cette tumeur gêne le mouvement des paupières et l'absorption des larmes, qui fatiguent et rougissent ensuite la conjonctive et regorgent ensuite sur les joues, de manière que la perception des objets devient fatigante et difficile.

Ce mal n'est pas commun. Il n'est susceptible de guérison qu'au moyen de l'extirpation, qui s'exécute à peu près de la même manière dans tous les cas, c'est-à-dire qu'après avoir soulevé la tumeur avec des pinces ou avec une airigne, on la sépare de toutes ses adhérences avec un bistouri approprié, ou avec le tranchant des ciseaux, en prenant garde, autant qu'il est possible, de ne pas intéresser les points ou les conduits lacrymaux.

Si l'encanthis est carcinomateux, il n'y a presque plus de ressource, à moins qu'on n'extirpe en même temps l'œil et toutes les parties contenues dans l'orbite; mais le succès est douteux.

L'opération qui convient à ce mal est suivie d'une légère effusion de sang. Cependant Pellier a vu survenir une hémorragie très-grave. Le sang arrêté par des lotions d'eau fraîche, on se contente de couvrir l'œil avec des compresses trempées dans une décoction émollientę, et on attend la suppuration, qui s'établit le huit ou le neuvième jour. La guérison n'a lieu qu'au bout de trois ou quatre semaines.

Du Ptérigion.

Le ptérigion est une végétation de couleur cendrée rougeâtre, qui s'élève le plus ordinairement au devant de la conjonctive et de la cornée, du côté du grand angle, ou angle interne de l'œil. Quelquefois il s'en forme du côté de son angle externe, et même de tous les points de sa circonférence. La forme en est triangulaire, de manière que la pointe s'avance vers la cornée, et quelquefois jusqu'au centre de cette partie. Il y a des sujets sur lesquels il s'élève plusieurs ptérigions qui parviennent à se réunir sur la cornée, de manière à priver entièrement de la vue.

Cette végétation doit être extirpée. On la saisit avec des pinces pour la soulever de dessus la cornée, et on la retranche avec des ciseaux courbes sur leur plat, après quoi on en continue la rescision aussi loin qu'on le juge nécessaire sur le blanc de l'œil. Il sort du sang qu'on doit laisser couler. Il est même à propos d'en favoriser la sortie en fomentant l'œil avec une éponge imbibée d'eau tiède. Lorsque le sang est arrêté, on couvre l'œil avec des compresses, et on attend l'événement. Pour l'ordinaire il s'établit une inflammation assez vive, mais qui cède aux saignées, aux boissons adoucissantes et à tous les autres moyens antiphlogistiques, et à la suite de laquelle il survient une suppuration muqueuse. La

plaie se dégorge sans autre secours que celui des fomentations émollientes, et la guérison a lieu depuis le trentième jusqu'au quarantième jour. Cependant il reste toujours un nuage sur la cornée, lequel est le produit de la cicatrice. Le dégorgement de cette membrane à l'endroit que le ptérigion occupait, fait qu'elle donne un passage plus libre à la lumière, et que le malade discerne mieux les objets, outre qu'il est débarrassé de la gêne que causait le ptérigion, de la rougeur des yeux dont ce mal était accompagné, et de la sensibilité de celui de ces organes qui était malade. Le succès de l'opération que je viens de décrire n'est pas toujours aussi heureux. Le mal se reproduit souvent. J'ai donné des soins à un homme, bien portant d'ailleurs, à qui je l'ai extirpé plusieurs fois sans pouvoir le détruire. Comme il ne causait que des incommodités supportables, j'ai engagé la personne incommodée à ne plus y rien faire. Le ptérigion est revenu à son premier état, et il reste stationnaire.

Du Staphylôme.

Le staphylôme est moins une tumeur fongueuse qu'une sorte de prolongement de la cornée, qui, ayant perdu son ressort, est chassée en avant par l'humeur aqueuse, et qui ne peut plus être contenue par les paupières, entre lesquelles elle s'engage, et produit une tumeur dont la forme est en quelque

sorte conique, et dont les dimensions sont différentes. Je lui ai vu faire au devant de l'œil une saillie de plus de vingt-sept millimètres. Souvent cette tumeur, une fois formée, ne prend plus d'accroissement. Souvent aussi elle en prend d'une manière menaçante, et elle s'ulcère. Dans le premier cas, elle n'exige aucun traitement, et la personne incommodée peut la garder long-temps, et même pendant toute sa vie. Dans le second, on ne peut se dispenser de l'extirper pour faire cesser les douleurs et l'écoulement des larmes qu'elle cause, et pour éviter aussi qu'elle prenne un caractère carcinomateux.

La manière de procéder est celle-ci. Le malade assis sur une chaise, contenu, et les paupières écartées, on traverse la base de la tumeur avec une aiguille garnie d'un cordonnet de fil, dont on réunit et on tient les deux bouts pour fixer l'œil et pour l'amener au dehors, après quoi on retranche le staphylôme en anticipant un peu sur la sclérotique. Les humeurs contenues dans l'œil s'échappent, et cet organe diminue sur-le-champ de volume. Il ne s'agit plus que de couvrir la partie avec des compresses trempées dans une décoction émolliente et légèrement résolutive, et soutenues par un bandage purement contentif. Quelquefois il survient de l'hémorragie. Pellier a vu cet accident arriver, et il y a remédié par l'application de compresses trempées dans de l'eau très-froide. Les accidens inflamma-

toires qui surviennent demandent la plus sérieuse attention. Lorsque la suppuration a commencé à s'établir, ces accidens se dissipent, et le calme revient. L'œil, diminué de volume, se conglobe, et dans la suite il devient propre à porter un œil d'émail, qui corrige la difformité.

J'ai plusieurs fois opéré de cette manière avec des succès différens. Plusieurs malades ont guéri sans accidens. D'autres en ont essuyé de très-graves. M. Scarpa pense qu'on les éviterait toujours, si, au lieu d'extirper le staphylôme, on se contentait d'en emporter une petite partie sans anticiper sur sa base, et sans courir le risque d'entamer la sclérotique. Il paraît avoir été déterminé à procéder ainsi par un passage de Celse, qui, après avoir parlé de la ligature, dont sans doute on faisait usage de son temps, dit qu'il y a une autre manière d'opérer, laquelle consiste à enlever du staphylôme une portion de la grosseur d'une lentille. M. Scarpa traverse le sommet de la tumeur avec un bistouri à cataracte, et retournant le tranchant de l'instrument de bas en haut, il soulève le lambeau qu'il vient de faire, au moyen d'une pince, et le retranche. La plaie est suffisante pour laisser sortir de l'œil ce qui doit s'en échapper. Les accidens sont médiocres; l'œil s'affaisse par la sortie du cristallin et du corps vitré, et tout se passe comme dans l'autre maniere d'opérer.

Des Polypes du nez et de la gorge.

Il s'élève souvent dans les narines de ces tumeurs que l'on a désignées sous le nom de polypes, parce qu'on a cru leur trouver quelque ressemblance avec les zoophytes de ce nom, ou parce qu'on a pensé qu'elles avaient plusieurs pieds ou racines. Les tumeurs dont il s'agit remplissent peu à peu la cavité d'où elles tirent leur origine, et causent des incommodités qui sont relatives à leur volume et à leur caractère.

Lorsqu'elles sont encore petites, elles apportent quelque gêne dans la respiration. Le malade se sent enchifrené ; il s'aperçoit de quelque chose qui l'incommode, et dont il cherche à se débarrasser en se mouchant souvent : il ne distingue plus les odeurs. Son indisposition augmente dans les temps humides, et diminue dans les temps secs. Peu à peu la faculté de respirer et l'odorat se perdent en entier. Il sent que sa narine est bouchée par un corps dont il touche l'extrémité avec le doigt, et que l'on peut voir en examinant cette cavité à un beau jour. Le corps dont il s'agit, diversement placé, s'avance vers le devant de la narine lorsque le malade fait des efforts pour se moucher, et il fuit en arrière et en haut lorsque le malade cherche à attirer l'air, en faisant une forte inspiration.

Si le mal augmente, la pression que le polype

exerce sur le canal destiné à conduire les larmes dans le nez les retient dans le sac lacrymal, qui se remplit, s'élève et fait hernie. Il survient un larmoiement involontaire comme dans les tumeurs lacrymales qui dépendent de toute autre cause. La cloison du nez est déjetée vers la narine saine, et la respiration est aussi difficile de ce côté que de l'autre. Quelquefois la tumeur descend, et sort en partie à travers l'ouverture antérieure de la narine. Plus souvent elle se porte en arrière, où elle trouve moins de résistance, et s'étend au-delà des fosses nasales, jusque dans la partie du pharynx qui est au dessus du voile du palais. Bientôt ce voile est abaissé et porté en devant. La faculté d'entendre diminue, parce que l'une des trompes d'Eustache, et le plus souvent toutes deux, sont comprimées. Celle d'avaler est fort gênée. La respiration devient plus pénible de jour en jour, et le malade est ménacé de suffocation.

Il arrive aussi en quelques occasions que le polype, dont les accroissemens se font dans tous les sens, écarte les os entre lesquels il est placé. Ceux du nez sont poussés en devant. Les os maxillaires et les os du palais se disjoignent et se portent en dehors. La voûte du palais est abaissée. La paroi inférieure des orbites soulevée chasse les yeux hors de ces cavités. Enfin j'ai vu un polype qui, forçant toutes les barrières que la nature semblait lui opposer,

avait pénétré dans la fosse temporale profonde ou zygomatique, par la fente sphéno-maxillaire, et dans la cavité du crâne, à travers la partie la plus large de la fente sphénoïdale, par des appendices dont le développement donnait lieu à des pressions qui avaient eu les suites les plus funestes, puisqu'elles avaient causé la mort du malade.

Toute espèce de polype n'est pas susceptible d'une extension aussi prodigieuse. Cette extension est particulière à celles de ces tumeurs qui ont une consistance ferme. Les polypes dont la consistance est molle se prolongent rarement au-delà de la cavité où ils se forment. Il y a donc, à proprement parler, deux espèces de polypes; les uns mous, que l'on nomme muqueux ou vésiculaires, et les autres solides, que l'on appelle sarcomateux. Les premiers, de couleur grisâtre et d'un aspect luisant, sont faciles à distinguer des autres, qui sont de couleur blanche et terne. Ceux-ci varient entre eux, en ce que les uns paraissent purement charnus; les autres, de consistance plus ferme, semblent approcher du cartilage. Les premiers ne sont arrosés que par un petit nombre de vaisseaux sanguins; les seconds en reçoivent davantage, ce qui leur donne une couleur plus rouge et quelquefois tirant sur le livide, et les dispose à saigner d'eux-mêmes ou au plus léger attouchement.

Les polypes muqueux ne diffèrent pas seulement

de ceux qui sont charnus par leur manière de croître, leur couleur et leur consistance. Ils ne sont douloureux, ni par eux-mêmes, ni par la pression qu'ils exercent sur les parties voisines; au lieu que les autres attirent des douleurs plus ou moins vives, ou en font sentir dans leur propre substance. Quelquefois ces douleurs sont lancinantes et semblables à celles que causent les tumeurs carcinomateuses, avec lesquelles ces polypes ont une grande analogie. Dans ces cas, il n'y a d'autre moyen à employer que le régime et les calmans, qui retardent la perte du malade.

Le tableau qui vient d'être présenté suffit pour faire connaître le polype des narines, et pour en faire distinguer l'espèce. Peut-être est-il possible de borner les progrès de cette maladie par l'usage des délayans, des fondans et des purgatifs, et par l'établissement d'un cautère qui détourne une partie de l'humeur qui la cause. Mais pour l'ordinaire on est consulté trop tard pour espérer que ces moyens soient utiles, et la seule ressource qui se présente, est celle qu'offrent les procédés opératoires. Ces procédés sont au nombre de six, savoir l'exsiccation, l'excision, l'arrachement, le séton, la cautérisation et la ligature.

1.° On obtient l'exsiccation au moyen de médicamens employés sous forme liquide ou sous forme sèche. Les premiers sont des décoctions astrin-

gentes que l'on fait aspirer de temps en temps par le nez, ou des liqueurs plus actives, telles que l'alkool, le vinaigre distillé, l'eau alumineuse, lesquelles ne doivent être portées qu'avec circonspection, sans quoi elles exciteraient des irritations qui pourraient être suivies d'éternumens dangereux. On y trempe des bourdonnets, que l'on introduit avec des pinces, après les avoir suffisamment exprimés, pour qu'il ne soit point à craindre que la liqueur dont ils sont chargés coule sur les parties saines de la membrane pituitaire. Les médicamens de forme sèche sont de même nature. On peut employer la poudre de cyprès, de noix-de-galle, d'écorce et de fleurs de grenade, auxquelles on ajoute un peu de sulfate d'alumine, ou de celle de sabine tempérée avec de l'ochre, que l'on pousse au moyen d'un chalumeau. Il vaudrait mieux en charger un bourdonnet humide que l'on porterait sur le lieu du mal, ce qui procurerait l'avantage de borner l'action du médicament au lieu où il peut être utile. Quoi qu'il en soit, la méthode de l'exsiccation a peu d'efficacité. Elle peut amortir quelques espèces de polypes et les réduire à un moindre volume; mais on a observé qu'elle ne les détruit pas en entier.

2.° L'excision a été conseillée par Celse. *Hunc (polypum) ferramento in modum spathæ facto resolvere ab osse oportet; adhibitâ diligentiâ, ne infrà cartilago lædatur. Ubi abscissus est, unco ferramento*

extrahendus est. Il est difficile de juger quel est l'instrument que Celse désigne sous le nom de *spatha.* Les lexicographes disent que c'est celui dont les apothicaires et les chirurgiens se servent pour mêler et pour étendre les onguents. Quelques-uns cependant croient qu'on appelait aussi *spatha* une espèce d'épée large et à deux tranchans; ce qui convient mieux à l'usage que Celse veut que l'on fasse de son instrument. Paul d'Egine recommande le même procédé. Le polype doit être détaché tout autour, *spathâ polypicâ*, et tiré ensuite avec l'autre extrémité de l'instrument, laquelle est figurée comme une curette. Albucasis prescrit la même chose, excepté qu'il veut que l'on commence par tirer le polype hors des narines, et que l'on retranche avec l'instrument tranchant tout ce qui peut être emporté. S'il en reste encore quelque portion dans la narine, on ira la couper avec le couteau plat de Celse.

Fabrice d'Aquapendente s'est élevé contre cette manière d'opérer. Il trouve dangereux d'introduire dans la narine un instrument tranchant, lequel, porté au hasard, peut blesser la membrane pituitaire et les parois solides de la cavité qu'elle tapisse, et donner lieu à des hémorragies funestes. Aussi lui en substitue-t-il un autre, qu'il croit exempt de ces inconvéniens, parce qu'il ne coupe que par le rapprochement des branches dont il est formé, à peu près comme font les ciseaux, et parce que l'ab-

sence de la douleur peut faire juger que la partie qu'il embrasse est réellement celle qu'il convient de retrancher. Cet instrument a d'ailleurs quelque analogie avec les pinces ordinaires; de sorte qu'après avoir séparé le polype il peut l'attirer au dehors, et remplir ainsi les fonctions du couteau et de l'airigne de Celse. Fabrice lui attribue encore l'avantage de suppléer à la canule de plomb, dont on était obligé de se servir pour porter sur la racine du polype les médicamens propres à étancher le sang, à déterger et à dessécher la plaie, et à en favoriser la consolidation.

L'instrument dont il s'agit est représenté dans une des planches dont l'ouvrage de Fabrice est enrichi. Il est gravé dans la médecine efficace de Marc-Aurèle Séverin, qui dit que Fabrice l'a emprunté de Nicolini, qu'il a copié en cela comme en beaucoup d'autres choses. Scultet, Heister et d'autres, en ont donné des dessins. Malgré cela on ne voit pas clairement la manière dont il est construit, et celle dont il agit. Ses deux branches ont-elles un ou deux bords tranchans, ou l'une d'elles seulement en est-elle garnie? Ces bords règnent-ils sur toute leur longueur, ou les branches ne sont-elles tranchantes qu'à leur extrémité? On l'ignore. Aussi l'instrument de Fabrice ne se trouve-t-il plus dans les arsenaux de chirurgie. Quoi qu'il en soit, la méthode de l'excision s'est perpétuée jusqu'à nous. Levret et d'autres

ont proposé, pour la pratiquer, des couteaux disposés en forme de croissant; et il n'est personne qui, ayant des polypes d'un volume un peu considérable à extirper, ne se soit quelquefois servi du bistouri ou des ciseaux, pour retrancher la partie de la tumeur qu'il n'avait pu saisir et amener au dehors.

Quelques-uns ont employé l'excision avec succès dans des cas où les autres moyens de guérison n'auraient pas trouvé une application aussi heureuse. Tel est celui du polype dont parle Le Dran, lequel faisait saillie par l'ouverture antérieure de la narine, qu'il remplissait en entier, et s'étendait en même temps au-delà des fosses nasales dans la partie supérieure du pharynx, où il avait cru au point de remplir cette cavité, et d'abaisser fortement le voile du palais. Après avoir retranché avec des ciseaux tout ce qu'il avait pu saisir de la partie antérieure du polype, ce praticien porta les doigts profondément dans la bouche au-delà du voile du palais, et coupa avec des ciseaux courbes des portions de cette tumeur, dont le volume était considérable. L'effusion de sang fut abondante. Il fallut laisser reposer quelque temps le malade avant de revenir au même procédé. Lorsqu'enfin il fut possible de porter le doigt dans la narine, et de discerner de quels points de cette cavité la tumeur s'élevait, les ciseaux et le bistouri ont été conduits sur sa racine, et Le Dran

est parvenu à l'extirper en entier. Ces opérations n'ont pu se faire sans attirer une hémorragie assez forte, qui a été arrêtée avec des bourdonnets trempés dans de l'eau stiptique.

3.° On a vu que Fabrice d'Aquapendente se proposait de couper les polypes à leur racine avec ses tenailles tranchantes; ce qui constitue la méthode de l'excision. Quelques-uns lui attribuent aussi celle de l'arrachement, à laquelle il ne paraît pas avoir pensé, et qui d'ailleurs était connue avant lui, puisque Paré s'en servait pour celles de ces tumeurs qui sont indolentes. Paré employait à cet usage des tenettes faites exprès : mais il ne dit, ni quelle était la forme de ces tenettes, ni comment il s'en servait; de sorte qu'il faut chercher la description de cette manière d'opérer dans les auteurs qui sont venus après lui. Dionis est un de ceux où elle est exposée avec le plus d'exactitude. Elle diffère peu de celle que l'on pratique aujourd'hui. Le malade, convenablement préparé, est assis à un beau jour sur une chaise médiocrement élevée, la tête renversée en arrière, et soutenue par un aide, qui relève en même temps l'extrémité du nez. Le chirurgien, placé vis-à-vis, prend une tenette dont les mords, allongés et fenêtrés à leurs extrémités, sont garnis en dedans d'aspérités pour mieux saisir le polype, et il introduit cet instrument sur la tumeur, aussi avant qu'il lui est possible. Lorsqu'il s'aperçoit qu'elle est bien saisie, il fait tourner

les tenettes sur elles-mêmes, toujours dans le même sens, et il les tire à lui. Si le polype cède, et qu'il s'avance vers l'ouverture antérieure de la narine, le chirurgien prend une seconde tenette semblable à la première, avec laquelle il le saisit plus près de sa racine, et il continue les mêmes mouvemens jusqu'à ce qu'il soit parvenu à rompre cette racine, et à l'attirer entièrement au dehors. Il arrive souvent que ce corps se déchire, et que l'on est obligé de réitérer l'introduction de la tenette à diverses reprises. Quelquefois aussi l'opération est troublée par l'effusion du sang, et on est obligé de l'interrompre, ou de la remettre à un autre jour, pour bien voir la manière dont on procède.

Si le polype est d'un volume un peu considérable, il est difficile d'ouvrir suffisamment la tenette pour le bien saisir, parce que le peu d'étendue de la cavité des narines ne permet pas aux branches de cet instrument de s'écarter autant que cela serait nécessaire. Il faut alors en employer une qui soit construite sur les mêmes principes que le forceps dont on se sert pour terminer plusieurs espèces d'accouchemens, c'est-à-dire dont les branches séparées puissent être introduites l'une après l'autre, et réunies ensuite pour agir concurremment. C'est à M. Richter que l'on doit cette idée, qui aurait dû se présenter à tous ceux qui ont eu occasion de pratiquer l'arrachement du polype.

Lorsque les progrès de cette tumeur s'étendent en arrière, et qu'elle se montre dans la cavité du pharynx au dessus du voile du palais, il paraît plus simple de la saisir et de la tirer de ce côté avec des tenettes, dont la grandeur et la courbure répondent à la profondeur et à la disposition des lieux où elles doivent être introduites. On en a fait dans cette vue dont les unes sont courbes sur leur plat, et les autres sur le côté. Ces tenettes paraissent propres à saisir les polypes dont il est question ; mais elles ne peuvent exercer de torsion sur leur racine, et il est à craindre que cette racine résiste, et que le malade, fatigué par le jeu d'instrumens qui gênent nécessairement la respiration et la déglutition, ne se prête pas aux efforts directs qu'il faudrait faire pour la rompre.

Manne, dans un cas de cette espèce, a pratiqué la méthode de l'arrachement, en suivant un procédé différent de celui dont on vient de parler. Comme la portion du polype qui s'était jetée dans l'arrière-bouche avait acquis un volume trop considérable pour qu'elle pût s'engager dans la cavité de la narine, il pensa qu'il devait en extirper la plus grande partie. Il s'aperçut bientôt que le voile du palais, tendu par la pression que la tumeur exerçait sur lui, mettait un obstacle presque invincible à son opération : c'est pourquoi il se détermina à le fendre jusqu'aux os du palais, avec un bistouri dont la lame

était entourée avec une bande de linge, qui n'en laissait que l'extrémité à découvert.

Manne ne dit point qu'il soit rien résulté de cette section, que Garengeot assure avoir été faite avec succès par J. L. Petit, et que Morand a également osé faire dans un cas à peu près semblable. Cependant elle pouvait donner lieu à une hémorragie d'autant plus dangereuse, qu'il n'aurait été possible de rien faire pour l'arrêter. Le voile du palais incisé, il retrancha à diverses reprises la portion de tumeur qu'il avait mise à nu. L'effusion de sang fut effrayante, mais elle dura peu. Il fallut néanmoins laisser reposer le malade pendant quelques jours, après lesquels il se trouva que la tumeur avait pris de nouveaux accroissemens. Manne en emporta encore des parties considérables. Lorsqu'enfin il jugea que le volume qui lui restait ne serait pas un obstacle à son passage, il procéda à l'extirpation de la masse. Il n'était pas possible de la saisir avec des tenettes, parce que son extrémité antérieure bouchait avec exactitude l'ouverture de la narine. Elle fut traversée avec une aiguille courbe qui traînait avec elle un cordonnet de fil, dont les brins séparés furent noués en anse à quelque distance de la tumeur, et servirent à la tirer au dehors. Cette tumeur ayant un peu cédé, elle fut traversée une seconde fois avec une autre aiguille armée de même, et qui fut portée plus avant. La même chose fut répétée quatre fois, et les

cordons réunis permirent de tirer le polype avec une grande force. Quoique Manne eût emporté avec le bistouri tout ce qu'il avait pu retrancher de la partie postérieure de ce corps, il s'aperçut qu'il était encore surmonté par deux gros tubercules qui l'empêchaient d'avancer. Deux doigts introduits dans la bouche au-delà du voile du palais jusqu'à ces tubercules parvinrent, à force de pressions, à les engager dans l'ouverture postérieure de la narine. Alors la tumeur, poussée par derrière et tirée en devant, céda, et la racine qui la retenait étant rompue, elle sortit en entier et avec vîtesse, en faisant entendre un bruit analogue à celui qui résulte de l'action de déboucher une bouteille. Son volume était fort considérable. Cette extraction fut suivie aussitôt d'un flot de sang extrêmement abondant, mais qui cessa sur-le-champ. La respiration, interrompue depuis long-temps, se rétablit, et le malade parut revenir de la mort à la vie. Un nouveau polype s'étant présenté quelques jours après, il fut arraché par le même procédé, et la guérison a été complète.

Dans des cas moins graves, on a procédé à l'arrachement des polypes par des moyens beaucoup plus simples. Morand ayant essayé les tenettes sans pouvoir débarrasser la narine d'un de ces corps qui était situé profondément, porta le doigt indicateur d'une de ses mains sur sa partie antérieure, et celui de l'autre main qu'il avait introduit dans la bouche

jusqu'au-delà du voile du palais, sur sa partie postérieure, et par des pressions alternatives de devant en arrière, et de derrière en devant, il réussit à le détacher et à le pousser dans la gorge, d'où il fut rejeté par la bouche. J'ai fait à peu près la même chose, avec le même succès, dans un cas semblable. La malade avait été long-temps traitée par diverses personnes qui avaient fait sur elle un long usage des caustiques; je voulus saisir avec des tenettes le polype dont elle était incommodée, pour en faire l'extirpation : la profondeur de cette tumeur ne me l'ayant point permis, je poussai fortement dessus avec le doigt indicateur de la main droite, introduit par l'ouverture antérieure de la narine, et je la fis tomber dans le pharynx; elle n'est plus revenue depuis.

De quelque manière que l'on ait procédé, l'arrachement du polype peut donner lieu à des hémorragies que l'on dit être quelquefois fort graves, mais que je n'ai ni vues, ni éprouvées dans les cas qui se sont présentés à moi. Si cet accident avait lieu, il ne suffirait pas de jeter de l'eau froide au visage du malade, de lui en faire aspirer par le nez, ou de charger cette eau de vinaigre ou de quelques gouttes d'eau de Rabel pour la rendre astringente, il pourrait être nécessaire de porter dans la narine des bourdonnets trempés dans une de ces liqueurs, et fortement exprimés, et de les soutenir avec d'autres bourdonnets qui rempliraient cette cavité en entier :

peut-être faudrait-il en boucher les deux ouvertures de manière que le sang ne pût s'en échapper, et qu'il se servît de bouchon à lui-même. C'est ce qu'on fait aisément en traversant la bouche et la narine avec un cordonnet en forme de séton, auquel on attache un bourdonnet, et que l'on tire de derrière en devant, jusqu'à ce que ce bourdonnet soit arrivé au-delà du voile du palais, et qu'il s'applique à l'ouverture postérieure de la narine. Un second bourdonnet introduit dans son ouverture antérieure ferme cette cavité.

Si, comme il arrive souvent, il reste des fragmens de polypes qui n'aient point été extirpés, on peut espérer qu'ils se détruiront par la suppuration, qui est inévitable à la suite de l'opération que l'on vient de décrire. Les injections légèrement détersives qu'il convient de faire, dans tous les cas, jusqu'à ce que les suintemens purulens et muqueux qui s'établissent soient cessés, pourront en favoriser la sortie : s'ils paraissaient devoir résister, on aurait recours au séton.

4.° Paul d'Egine est le premier qui en ait proposé l'usage. « Si la liqueur que l'on fait aspirer au malade passe avec facilité, on est assuré que l'instrument tranchant a produit l'effet qu'on devait en attendre; si le contraire arrive, c'est une preuve que le polype a sa racine à l'os ethmoïde, ou dans une partie élevée des narines, à laquelle l'instrument

ne peut parvenir. Il faut alors préparer un lien d'une grosseur médiocre, lequel sera garni de nœuds d'espace en espace, et l'introduire du nez dans l'arrière-bouche, à l'aide d'un stylet auquel il ait été fixé, et que l'on introduira par cette voie, pour le faire ensuite sortir par la bouche. Ce lien, demeuré seul, sera tiré de devant en arrière, puis de derrière en devant, pour détruire les restes du polype avec les nœuds dont il est garni : introduisant ensuite un autre lien qui n'ait pas de nœuds comme le premier, celui-ci sera couvert de médicamens propres à consumer ce qui pourrait être resté du polype, et à procurer la dessiccation de l'ulcère ». Depuis Paul d'Egine, Albucasis a conseillé le même moyen, que l'on trouve encore recommandé par des auteurs modernes.

Levret a imaginé un instrument qu'il croyait plus propre à remplir l'intention de Paul d'Egine : c'est une tige d'argent mince et flexible, sur laquelle tourne un fil de laiton en spirale. Deux manches, l'un fixe, l'autre amovible, ajustés aux extrémités de l'instrument, servent à le mouvoir. Celui qui est amovible est creusé pour recevoir une canule terminée en larme, à laquelle la tige d'argent et le fil de laiton sont fixés. Pour en faire usage, il faudrait introduire la partie de l'instrument dont on vient de parler dans la narine malade, jusqu'à ce que la canule ayant été aperçue au-delà du voile du palais,

pût être saisie avec des pinces à polypes, et amenée au dehors par la bouche. Le manche amovible y serait ajusté, et le chirurgien, prenant chacun des deux manches de chaque main, ferait faire à l'instrument des allées et venues qui froisseraient les restes du polype, et qui en favoriseraient la fonte. Il ne paraît pas que personne en ait fait usage, non plus que du lien garni de nœuds de Paul d'Egine. L'oubli dans lequel ces moyens sont tombés doit être fondé sur la crainte que le déchirement qu'ils opèrent sur les parties soumises à leur action ne soit suivi de la dénudation des os et des cartilages qui forment les parois des narines, et ne donne lieu à des ulcérations dangereuses, et peut-être incurables.

Ledran s'est servi du séton pour détruire les restes d'un polype muqueux dont il n'avait pu arracher qu'une partie; mais l'usage qu'il en a fait est méthodique, et devait lui procurer le succès qu'il en a obtenu. Ce célèbre chirurgien fit construire une pince plate, légèrement courbe à son extrémité, fenêtrée, dont les branches avaient onze centimètres de long; et ayant porté cette pince dans la narine malade, au-delà du voile du palais, pendant qu'il introduisait profondément dans la bouche un doigt de son autre main auquel il avait attaché l'extrémité d'une grosse mèche de coton, il saisit cette mèche avec la pince, et la tira par le nez; à mesure qu'il faisait avancer le séton, il le dirigeait avec les doigts portés dans

la bouche au-delà du voile du palais, de peur que cette partie ne fût endommagée. Ce fut à cette mèche qu'il attacha chaque jour deux bourdonnets, un sec, pour absterger la narine, l'autre chargé de digestif, dans la vue de la faire suppurer. Ces bourdonnets étaient introduits par le nez, et tirés par la bouche. Ledran faisait en même-temps des injections d'eau d'orge miellée : lorsqu'au bout de vingt jours de suppuration abondante il présuma que le polype était détruit, par la facilité avec laquelle le séton glissait, et par le retour de la respiration, il substitua au suppuratif une eau dessiccative faite avec le sulfate de zinc et l'oxide de cuivre verd. La guérison a été complète au bout d'un mois.

Ledran propose une autre manière de placer le séton : elle consiste à faire glisser une corde à boyau de peu d'épaisseur, sèche, et dont l'extrémité soit mousse, de l'ouverture antérieure de la narine malade à son ouverture postérieure. Lorsque cette corde est arrivée au dessus du voile du palais, on va la chercher avec un ou deux doigts introduits profondément dans la bouche, et on l'amène de derrière en devant ; elle sert à fixer le séton, que l'on retire dans le sens contraire.

La description du premier procédé de Ledran, publiée dans son Recueil d'observations de chirurgie, en 1732, paraît avoir donné à Goulard, de Montpellier, l'idée de s'occuper du même objet : ce

chirurgien a communiqué à l'Académie des Sciences de Paris des instrumens qu'il dit être propres à placer un séton dans les narines, soit pour se rendre maître du sang dans une hémorragie qui succéderait à l'arrachement d'un polype, soit pour détruire la racine de ce corps, et l'empêcher de se reproduire. Ces instrumens sont gravés à la suite des Mémoires de cette compagnie pour 1740. L'un est un crochet singulièrement contourné; l'autre une fourche, dont les fourchons, courbés dans le même plan, portent chacun un anneau à leur extrémité; une mèche passée dans ces anneaux, et dont le milieu répond à l'intervalle qui les sépare, est conduite par la bouche, au-delà du voile du palais; et le crochet, introduit par l'ouverture antérieure de la narine, saisit cette mèche, et l'amène par le nez. Les mouvemens qui s'excitent dans l'arrière-bouche à l'approche du doigt ou des instrumens doivent rendre l'emploi de ceux dont on vient de parler d'autant plus difficile, que, ne pouvant être suivis des yeux, leur rencontre est pour ainsi dire soumise au hasard: aussi n'ont-ils point été adoptés.

5.° On a souvent fait usage de la cautérisation pour détruire les polypes des narines : elle s'obtient avec le cautère actuel, ou par le moyen de substances caustiques, auxquelles on a donné le nom de cautères potentiels. L'emploi du premier remonte a Paul d'Egine, qui le conseille pour les polypes de

mauvais caractère, sans parler de la manière de s'en servir; les auteurs qui l'ont suivi ont suppléé au silence qu'il a gardé à cet égard. Le cautère actuel doit être introduit à travers une canule, et son application doit être momentanée, de peur que la canule, fortement échauffée par sa présence, ne brûle les parties qu'elle doit protéger. Je l'ai vu employer sans succès, et je lui ai vu occasionner des douleurs de tête extrêmement vives, qui me paraissaient devoir être attribuées à la grande sensibilité de la membrane pituitaire, et à la communication des nerfs qui s'y distribuent, avec ceux qui se répandent sur les parties voisines. Les caustiques n'ont pas cet inconvénient; on est plus à portée de les maîtriser : je m'en suis servi, et j'en ai vu faire usage dans le cas de polypes muqueux situés peu profondément. Ceux que l'on emploie pour l'ordinaire sont le nitrate d'argent fondu, le nitrate de mercure en dissolution, et le muriate d'antimoine liquide. Ces derniers doivent être portés au moyen de pinceaux de linge bien exprimés, et chacune de leur application doit être suivie ou d'inspiration d'eau tiède qui entraîne les parties du caustique qui pourraient se répandre sur les parties saines, ou d'injections qui aient le même effet.

6.° La ligature est le dernier moyen dont on se soit servi pour obtenir la guérison des polypes du nez. Elle n'a pas été clairement décrite avant Glan-

dorp, dont le traité sur ce genre de tumeurs a paru en 1628, sous le titre de *Tractatus de polypo narium, affectu gravissimo, observationibus illustratus.* Il conseille de porter sur la base de la tumeur un cordon de soie couvert de cérat, et de la retrancher ensuite avec le bistouri, en coupant au dessous de ce lien. Pour plus de commodité, il est à propos de tirer le polype hors de la narine avec des tenettes; mais il faut y procéder avec douceur, de peur de le rompre. Le lien reste dans la narine jusqu'à ce que la suppuration le détache avec le pédicule du polype; la séparation et la chute de la tumeur peuvent être abandonnées à la nature; enfin il est quelquefois nécessaire de lier le polype à plusieurs reprises, si on ne le voit pas se détacher par l'effet de la première ligature.

Dionis ensuite a proposé de lier les polypes dont le pédicule est étroit; son procédé est ingénieux : il faut prendre un gros cordon de fil ciré, au milieu duquel on fait un nœud coulant qui est placé sur le bord d'une pince à bec de corbin : un des bouts de ce cordon est passé dans l'ouverture ou chas d'une grande aiguille courbe de plomb ou de fil de laiton; la tumeur saisie avec la pince, on fait couler le nœud jusqu'à sa racine, après quoi on traverse la narine avec l'aiguille, que l'on pousse jusqu'au dessus du voile du palais, et que l'on fait sortir par la bouche. De cette manière on peut

tirer chaque jour les deux bouts du fil, l'un par la bouche, et l'autre par le nez, et serrer la ligature au point convenable pour faire tomber le polype.

Heister a fait usage de la ligature dans un cas où ce moyen de guérison était applicable, mais il l'a pratiquée autrement. Une femme, âgée de soixante-dix ans, sujette depuis long-temps à de fréquentes hémorragies par le nez, sentit qu'il s'était formé dans sa narine gauche une tumeur dont l'accroissement la priva bientôt de la faculté de respirer, et lui grossit beaucoup le nez. Plusieurs personnes consultées essayèrent en vain de consumer cette tumeur avec des caustiques; elle se renouvelait presque aussitôt qu'elle paraissait détruite. Heister, dont la malade requit les avis, trouva le polype de la grosseur d'une prune de damas. Sa couleur était rouge; on ne pouvait l'attirer au dehors, parce qu'il était porté sur un pédicule fort court. Ayant conduit un stylet autour, pour en connaître les limites et les attaches, Heister s'aperçut qu'il tirait son origine de la partie moyenne et latérale du nez. Tout autre moyen que la ligature lui paraissant dangereux, il imagina de la faire avec une aiguille courbe, portée sur un long manche, percée près de son extrémité, et assez semblable à celle qui a été proposée par Goulard pour la ligature de l'artère intercostale, si ce n'est qu'elle était beaucoup plus petite. Cette aiguille fut armée d'un cordonnet de fil : la malade

exposée à un beau jour, la tête renversée, et les narines ouvertes autant qu'elles pouvaient l'être, Heister la conduisit autour du pédicule de la tumeur, après quoi, relevant le manche de cet instrument, il en fit sortir l'extrémité, et il se saisit du fil dont cette extrémité était traversée. L'aiguille fut retirée comme elle avait été introduite; et le fil, demeuré seul, fut noué d'un double nœud; la ligature fut renouvelée trois fois en trois jours; le quatrième, le polype, devenu noir et endurci, se détacha presque de lui-même, et la narine se trouva entièrement débouchée.

A peu près dans le même temps, Levret, qui s'était beaucoup occupé du traitement des polypes des parties naturelles des femmes, et qui avait imaginé des moyens propres à porter une ligature sur leur pédicule, malgré la profondeur du lieu qu'ils occupent, a appliqué ces moyens aux polypes des narines, et il est parvenu à guérir plusieurs personnes qui en étaient incommodées. La difficulté de s'en servir lui a donné depuis l'idée du double cylindre, dont la description se trouve dans un de ses mémoires imprimés en 1757, dans le troisième volume in-4.° de ceux de l'Académie de Chirurgie. Palucci a publié à Vienne, en 1763, une dissertation qui a pour titre : *Ratio facilis atque tuta curandi polypos narium*, dans laquelle il expose une manière de lier ces tumeurs toute semblable au dernier procédé de

Levret, et qu'il dit avoir employée dès l'année 1754. Ses réflexions sur les difficultés de la ligature lui avaient fait penser à la pratiquer avec un fil de métal, conduit au moyen d'un cylindre que les deux bouts de ce fil traverseraient, et qui pourrait être tordu sur la base de la tumeur. Au lieu de cylindre, il coupa une algalie ordinaire, dont il prit un bout de la longueur de cinquante-quatre millimètres, et il en fit l'essai sur un jeune étudiant. Le polype tomba en huit heures. Il n'y eut ni douleur ni hémorragie. La narine fut remplie avec des bourdonnets trempés dans une dissolution de sulfate de cuivre, et le malade guérit. Ce succès a déterminé Palucci à user, dans d'autres cas, du même moyen, qui a également réussi. Seulement il a perfectionné l'instrument, qu'il a fait faire moins gros, et qu'il a fait garnir d'une traverse à celle de ses extrémités qui porte l'anse, afin que les deux bouts du fil qui la forment, séparés l'un de l'autre, prêtent plus aisément à la torsion qu'on se propose de leur donner. Ce chirurgien, écrivant dans un pays où les sciences sont en honneur, et sous les yeux de plusieurs personnes qui avaient été témoins de ses essais, pourrait être regardé comme l'inventeur du double cylindre; mais il a été prévenu par Levret, qui a décrit cet instrument six ans avant lui; et la priorité dans les arts doit être pour celui qui le premier en a fait connaître les procédés. D'ailleurs Levret était dans l'usage de

lier les polypes des parties naturelles des femmes et ceux du nez. Il avait fait construire, dans cette vue, des instrumens dont l'invention ne lui a jamais été contestée : ainsi il est fort probable que le double cylindre est également de lui.

Les polypes qui ont commencé à se former dans la cavité des narines se jettent quelquefois en arrière vers le pharynx, où ils prennent des accroissemens d'autant plus considérables, qu'ils n'y sont exposés à aucune pression. Le cas auquel Ledran a si heureusement appliqué la méthode de l'excision, et celui où Manne a fait usage d'une manière particulière de pratiquer l'arrachement, et qui ont été rapportés précédemment, en sont une preuve. Cependant il n'est pas impossible que des tumeurs de cette espèce prennent naissance des extrémités postérieures des cornets du nez, des bords du vomer, et même de la voûte du pharynx, et qu'après avoir rempli la portion de cette cavité qui est au dessus du voile du palais, elles descendent dans la gorge. Brasdor a dit en avoir observé de cette espèce, et être parvenu à les lier par un procédé qui lui est propre.

Il y employait trois instrumens; un tuyau d'argent, autrefois imaginé par Bellocq pour porter un séton à travers les narines, le double cylindre de Levret, et un fil d'argent. Le tuyau doit avoir de treize à seize centimètres de long, et offrir une légère cour-

bure à l'une de ses extrémités ; il est traversé par une lame métallique courbée comme un ressort de montre, et terminée d'un côté par un bouton, et de l'autre par une tige qui sert à la faire sortir du tuyau. Le double cylindre ne diffère en rien de celui de Levret ; seulement il est renfermé dans un autre cylindre, afin que les parois de la narine ne soient exposées à aucun frottement, lorsqu'on le fait tourner sur lui-même, pour donner au fil d'argent la torsion nécessaire. Ce fil d'argent est de coupelle, fait de deux brins tournés en spirale, long de vingt-un à vingt-sept centimètres, plié en anse à son milieu ; ses extrémités sont courbées en forme de crochet, pour recevoir un fil de chanvre long de huit à onze centimètres, dont les extrémités sont réunies par un nœud. Un autre fil de chanvre, noué de même, traverse l'anse du fil d'argent.

Ces instrumens préparés, voici le procédé de Brasdor : le malade placé sur une chaise un peu élevée, la tête légèrement renversée en arrière et soutenue sur la poitrine d'un aide, on porte le tuyau d'argent dans la narine, le long de sa paroi inférieure, jusqu'à ce qu'il soit arrivé au-delà de l'ouverture postérieure de cette cavité, au dessus du voile du palais. Appuyant alors sur la tige qui tient à la lame d'acier, on fait sortir cette lame, qui se courbe par son ressort, et dont l'extrémité bontonnée vient se présenter au fond de la bouche. Le fil de chanvre

qui tient aux extrémités du fil d'argent y est accroché, et cette lame est retirée au dedans de son étui, pour plus de fermeté. Il est facile alors d'amener le tuyau, et avec lui le fil de chanvre et le fil d'argent qui tient à ce dernier. Lorsque les choses sont ainsi disposées, il faut porter le doigt de la main droite dans la bouche, au-delà du voile du palais, pour diriger l'anse du fil d'argent, pendant qu'on tire ses extrémités par l'ouverture antérieure de la narine. Si l'anse est au devant du polype, cette tumeur prend son attache à la partie supérieure de la narine, et l'opération est plus difficile. Si elle est en arrière, le polype est plus bas, et il y entre aisément. Le fil de chanvre qui traverse cette anse sert à la ramener en arrière, pour lui donner une meilleure direction, dans le cas où cela est jugé nécessaire. Si l'opération a le succès qu'on en attend, on coupe le fil avec des ciseaux, et on le retire.

Le polype engagé dans l'anse, il faut continuer de tirer à soi les deux bouts du fil d'argent, autant que cela est possible. Lorsque ce fil ne peut plus avancer, chacune de ses extrémités est introduite dans le double cylindre, et amenée vers son ouverture antérieure, où elle est fixée aux anneaux qui s'y rencontrent. Il ne s'agit plus que de faire tourner ce cylindre sur lui-même, et dans le même sens, pour donner au fil une torsion qui ne soit ni trop faible ni

trop forte, après quoi on laisse le cylindre en place, et on l'assujettit au bonnet du malade, afin de pouvoir s'en servir pour donner au fil une nouvelle torsion, à mesure qu'il devient lâche par l'affaissement des racines du polype. Cette tumeur se détache ordinairement en moins de dix jours.

De toutes les manières de traiter le polype des narines, la ligature est celle dont le succès est le plus assuré, et qui expose à moins de dangers. La flétrissure qu'elle imprime aux racines de la tumeur s'étend jusqu'aux vaisseaux d'où cette tumeur tire les sucs qui la nourrissent, et ces vaisseaux, affaissés sur eux-mêmes, et ramenés à leur calibre ordinaire, ne fournissent plus de nouvelles végétations capables de la reproduire. Cette méthode est donc préférable, 1.° à l'excision, qui ne peut avoir le même effet, et qui peut donner lieu à des hémorragies d'autant plus dangereuses, que le sang est fourni en même temps par les vaisseaux du polype et par ceux des parties saines de la membrane pituitaire, qu'il est difficile de ne pas entamer; 2.° à l'arrachement, qui peut attirer des hémorragies aussi formidables, et détacher une partie de la même membrane de dessus les parois solides de la cavité des narines, de sorte que ces parois, froissées par le passage des instrumens et laissées à nu, s'ulcèrent; et 3.° à la cautérisation, laquelle ne peut convenir que lorsque les polypes sont situés peu profondé-

ment, et qui, lorsque les humeurs du malade sont mal disposées, peut faire dégénérer ces tumeurs en cancers. Aussi ne peut-on pas trop recommander cette manière d'opérer pour les polypes qui en sont susceptibles, c'est-à-dire pour ceux qui ont de la consistance, et qui ont été désignés sous le nom de polypes charnus. Quant à ceux qui sont muqueux ou vésiculaires, il est évident qu'ils ne peuvent être liés, et que l'excision n'y est point applicable. C'est particulièrement à cette espèce de polype que conviennent la méthode de l'exsiccation et celle de la cautérisation, qui ont beaucoup de rapport entre elles, et qui ne diffèrent que par l'intensité d'activité des substances ou des moyens qu'on y emploie. Ils peuvent aussi être arrachés sans danger, ou traités par la voie du séton. Mais, quelle que soit l'espèce de polype qu'on se propose de guérir, et quelque procédé opératoire que l'on suive, il est à propos d'y joindre l'usage des moyens intérieurs qui ont été proposés pour en arrêter les progrès ou pour en obtenir la guérison, afin d'attaquer en même temps et de détruire, s'il se peut, la cause du mal, et d'aller au devant de sa reproduction.

Des Polypes du sinus maxillaire.

Il se fait aussi des polypes dans cette cavité, lesquels sont quelque temps sans donner des signes de leur existence. Lorsqu'ils grossissent, ils font éprou-

ver dans le côté de la tête un malaise, une douleur sourde, une sorte d'embarras dont on ignore la cause. Mais bientôt ils se font connaître d'une manière certaine; car, écartant peu à peu les parois de la cavité où ils sont placés, ils les soulèvent vers l'orbite, les abaissent sur le palais, ou ils les portent en dehors du côté de la joue. C'est le plus ordinairement de ce côté qu'ils font saillie : alors ils causent des douleurs plus fortes et plus continues, lesquelles ne sont cependant pas en proportion avec le désordre apparent auquel ils donnent lieu. On voit effectivement de ces tumeurs qui prennent des dimensions excessives, et qui causent une difformité effrayante. Lorsque cela arrive, les parois du sinus diminuent d'épaisseur, et finissent par perdre leur consistance osseuse, surtout du côté de la joue; de sorte que la tumeur, après avoir détruit les moyens d'union qui fixaient les dents supérieures dans leurs alvéoles, renverse et chasse aussi les dents inférieures, et fait saillie au dedans de la bouche, qu'elle remplit en grande partie, et de manière à rendre la déglutition, la respiration et l'action de parler extrêmement difficiles.

Si on connaissait la cause de cette maladie, peut-être pourrait-on la prévenir, ou du moins en arrêter les progrès; mais les causes en sont inconnues, et l'on n'a d'autre ressource que celle des procédés opératoires. Ces procédés consistent à enlever ce qu'on

peut de la tumeur, et à détruire le reste avec le cautère actuel. Le malade ayant été disposé, on le fait asseoir sur un siége élevé, de manière que sa tête pose en arrière sur la poitrine d'un aide, qui lève en même temps la lèvre supérieure, pendant qu'un autre aide abaisse la lèvre et la mâchoire inférieures. Le chirurgien emploie l'instrument tranchant dont il croit la forme la plus avantageuse au but qu'il se propose. A mesure qu'il coupe plus profondément, il tire avec ses doigts, avec des pinces ou avec une airigne, les tranches qu'il détache de la masse. Comme il serait très-fatigant pour le malade que l'opération durât trop long-temps, on remplit le vide qui vient d'être fait avec de la charpie, et on suspend pendant quelques jours. Lorsqu'on juge à propos de continuer, on agit de la même manière. Il est facile d'extirper la partie saillante de la tumeur: mais lorsqu'on pénètre plus avant, on est obligé de porter l'instrument tranchant sans être guidé par la vue et par le toucher. M. Pelletan m'a fait connaître, pour cette partie de l'opération, un instrument dont je me suis servi très-avantageusement dans deux cas de polypes de cette espèce que j'ai eus à traiter, et en d'autres occasions où il m'a paru convenable d'en faire usage. Il est fait d'une lame épaisse, de cinq à six centimètres de longueur, large de huit millimètres, terminée par une larme ou bouton, courbée sur son plat, bien tranchante des

deux côtés, et montée sur un manche long de huit à neuf centimètres. Avec cet instrument, que l'on dirige avec un ou deux doigts de la main gauche portés sur sa face concave, on enlève aisément les restes du polype de dessus les parois du sinus auxquelles ils adhèrent, et d'où ils paraissent naître. Si le malade est fatigué, on remet le reste à un autre jour. L'instrument tranchant est désormais devenu inutile. Il faut toucher le dedans du sinus avec un cautère rougi au feu que l'on y porte à plusieurs reprises, si cela est nécessaire, ou à plusieurs jours d'intervalle, après avoir garanti les lèvres de son action, en les couvrant avec de la charpie bien imbibée d'eau fraîche, et qu'on renouvelle à chaque fois qu'on veut faire une nouvelle application du cautère.

L'une des opérations de cette espèce que j'ai pratiquée n'a pas eu de succès, parce que la tumeur a pris un caractère carcinomateux. Elle répullulait chaque fois que j'en retranchais et que j'en cautérisais une partie, et présentait l'aspect le plus effrayant. Le malade était jeune, plein de courage, et ne se rebutait pas, de sorte que j'ai pu réitérer mes tentatives autant que la prudence me l'a permis. A la fin, il a fallu que je cessasse d'en faire, et cet intéressant malade a péri sans que je pusse rien faire pour lui, que calmer ses douleurs avec des opiatiques. L'autre, jeune aussi, mais bien mieux constitué, a fort bien guéri : mais il est resté difforme; car, quoique le mal

fût détruit et que les parois du sinus se fussent rapprochées, elles ne l'étaient pas assez complètement pour effacer la saillie que le polype leur avait fait faire. C'était un étranger. Je pouvais craindre que le mal ne se renouvelât; mais j'ai reçu de ses nouvelles plus de deux ans après son opération, et sa santé s'était bien soutenue. J'ai été consulté il y a longtemps pour un très-jeune homme qui avait un pareil polype. Cette maladie avait fait des progrès tels, qu'il était hideux à voir. Du reste, il se portait fort bien. Son courage était celui d'un homme fait. Plusieurs de mes confrères qui l'avaient vu avaient été d'avis, ainsi que moi, qu'il n'y avait rien à lui faire. Un autre en jugea autrement. Il l'entreprit, et il le guérit, à la difformité près. Une quatrième personne qui était dans le même cas a eu le même bonheur. On peut conclure de ces faits que les polypes du sinus maxillaire, quelque effrayans qu'ils paraissent, sont susceptibles de guérison, et qu'on ne doit pas se dispenser d'y appliquer les secours de l'art, à moins que des douleurs lancinantes dans la tumeur, et la mauvaise disposition du malade n'indiquent qu'ils sont de nature cancéreuse, et que ces secours lui seraient nuisibles.

Des Polypes des oreilles.

Ces tumeurs sont fort petites. On en trouve quelquefois plusieurs du même côté. Lorsqu'elles sont

situées de manière à pouvoir être liées ou retranchées avec le bistouri, il faut employer l'un ou l'autre de ces deux moyens. Si elles sont situées trop profondément, il serait imprudent d'y toucher, de peur d'attirer des fluxions dangereuses. Le malade deviendra sourd du côté où elles sont, s'il ne l'est déjà; mais il n'est pas à craindre que ces tumeurs prennent trop d'accroissement, étant enfermées dans un conduit dont les parois sont en partie cartilagineuses et en partie osseuses, et ne peuvent leur permettre de s'étendre. Du reste, ce genre de polype n'est pas commun, et je me rappelle n'en avoir rencontré que sur deux ou trois personnes qui n'en étaient que médiocrement incommodées, et de qui la santé était si mauvaise d'ailleurs, qu'il aurait été imprudent de les soumettre à l'opération la plus légère.

De l'Epulis.

L'épulis est une tumeur qui s'élève sur les gencives, plus fréquemment à la mâchoire d'en bas qu'à celle d'en haut, et à la face convexe de cette mâchoire qu'à sa face concave. Pour le plus souvent, ce n'est qu'une excroissance de la nature des fongosités. Quelquefois cependant elle offre une dureté cartilagineuse, et même en quelque sorte osseuse. Elle paraît procéder de plusieurs causes différentes; mais pour l'ordinaire elle dépend d'une

carie aux dents, et surtout à leurs alvéoles. Les incommodités qu'elle produit, légères d'abord, augmentent dans la suite à mesure qu'elle augmente de volume. Quand cette tumeur prend de l'accroissement, elle dérange les fonctions de la bouche, rend les dents mobiles dans leurs alvéoles, et les renverse tantôt du côté de la joue, et tantôt du côté de la langue, sur lesquelles elle fait une impression douloureuse. Il ne faut pas que l'épulis soit parvenue à ce point pour chercher à y remédier. Ce serait en vain qu'on y opposerait les secours de la médecine interne. Ces secours peuvent ne pas être inutiles pour assurer le succès des procédés opératoires qui y conviennent; mais ils ne feraient rien seuls : il faut retrancher avec le bistouri tout ce qu'il est possible d'atteindre de l'épulis, et cautériser le reste avec un fer rougi au feu, et porté dans la bouche avec les précautions d'usage. Les caustiques rempliraient mal l'intention qu'on se propose. Ceux dont on pourrait faire usage n'ont pas tant d'activité que le cautère actuel. D'ailleurs il pourrait en tomber quelque partie dans les voies de la déglutition au grand détriment du malade. Il est important de détruire jusqu'aux racines les plus profondes de l'épulis, et pour cela on est souvent dans la nécessité de faire tirer toutes les dents sous lesquelles ces racines s'étendent. Faute de cette précaution, le mal se reproduirait, et peut-être sous un caractère bien fâ-

cheux; car les tumeurs de cette espèce approchent de celui du carcinôme et du cancer; et si cela arrivait, le malade serait perdu sans ressource. Heureusement elles ne sont pas fort fréquentes, et toutes n'ont pas les dispositions dont il vient d'être parlé. Si elles dépendent d'une carie à la mâchoire, l'espèce de plaie, ou, si on veut, d'ulcère qui résulte du procédé qu'on a suivi pour les détruire, ne peut guérir qu'autant que la portion d'os altérée aura été chassée au dehors. L'art ne peut rien pour hâter cette expulsion, qui appartient entièrement à la nature, et qui souvent se fait attendre fort long-temps.

De l'Exubérance des amygdales.

Il arrive souvent, à la suite des inflammations aux amygdales, que ces glandes restent plus grosses qu'elles n'étaient avant. Lorsque cette maladie se renouvelle plusieurs fois de suite, elles peuvent acquérir un volume tel que la déglutition, la respiration et l'action de parler en soient fort gênées.

Celse a connu que cet état chronique n'est point susceptible de guérison par les médicamens, et qu'il faut avoir recours à la chirurgie. Voici comment il s'exprime à ce sujet : *Tonsillas autem quæ post inflammationem induruerunt, cùm sub levi tunicâ sint, oportet digito circumradere et resolvere; si ne sic quidem resolvuntur, hamulo excipere, et scalpello excidere.*

Ce passage a été rendu de la manière suivante : « Dans le cas où les amygdales ne sont couvertes que d'une membrane mince, il faut les emporter en les ratissant tout autour avec le doigt; si on ne réussit pas ainsi, on les saisira avec une airigne pour les retrancher avec le bistouri ». Cette traduction fait dire à Celse ce qu'il ne dit pas. Voici celle que je crois devoir lui être substituée : « Lorsque les amygdales sont endurcies à la suite d'inflammation, comme la membrane dont elles sont couvertes est mince, il faut les râcler tout autour avec le doigt, et les arracher; si ce moyen ne réussit pas, il faut les saisir avec un crochet, et les retrancher avec un bistouri ».

Ce sens, tout différent du premier, montre avec quelle inattention le texte de Celse a été lu. On suppose que l'état de la membrane qui enveloppe les amygdales est différent en diverses circonstances; que tantôt cette membrane est mince, et que tantôt elle est épaisse. Celse ne peut dire cela; car, au lieu d'être mince en quelques occasions, elle est constamment épaisse, et résiste beaucoup à l'action des instrumens.

Paul d'Egine recommande la seconde opération de Celse : il veut qu'après avoir fait mettre le malade à un beau jour, et lui avoir fait assujettir la tête par un aide, l'opérateur saisisse la glande avec une airigne, et qu'il la coupe avec un bistouri dont la

courbure réponde à la convexité de la langue. Il ajoute qu'il faut avoir deux de ces instrumens, un pour chaque côté.

Fabrice d'Aquapendente les rejette toutes deux : il trouve dans l'arrachement autant de difficulté que de danger; et l'usage de l'instrument tranchant lui paraît devoir donner lieu à une hémorragie menaçante. Il blâme le bistouri de Paul d'Egine, qu'il croit devoir agir à la manière des ciseaux, parce qu'il pense que celui qui convient au côté droit, et celui qui convient au côté gauche, doivent être employés en même temps. Sa principale difficulté est celle de l'hémorragie. On voit que le mot d'extirpation lui en a imposé. Cette opération supposerait en effet l'ouverture de vaisseaux d'un calibre assez considérable; mais Celse et Paul d'Egine n'ont pas pensé à emporter la totalité des amygdales. Ils ne peuvent avoir eu d'autre vue que celle de faire la rescision de la partie la plus saillante de ces glandes. Aétius, qui a adopté leurs procédés, ne laisse aucun doute à ce sujet. *Verùm*, dit cet auteur, *si pharmaca vincantur, excindere glandulas oportet; quod ut commodiùs fiat, æger in claro et splendido loco collocetur, et diducto ore, una quæque glandula uncino producatur et excindatur; excinditur ex eâ quod supereminet*, etc., etc.

Marc-Aurèle Séverin a ensuite détruit les amygdales tuméfiées, tantôt avec le bistouri, tantôt par

l'application du feu. Lorsque la glande a un pédicule étroit, il opère suivant la seconde méthode de Celse. Lorsqu'elle offre une base large, il se sert du cautère actuel.

Ce dernier moyen a été employé par un chirurgien anglais, que Wiseman a vu opérer plusieurs fois. Le chirurgien dont il s'agit portait le cautère sur la glande, en le faisant glisser le long d'une canule. Il en réitérait l'application trois ou quatre fois pour y former un vide. Wiseman lui-même employait quelquefois la potasse concrète, ou tout autre escharotique. Quelquefois il faisait la ligature, et coupait ensuite avec un bistouri, de sorte que la ligature ne servait que comme aurait pu faire une airigne; mais la ligature n'est applicable qu'aux tumeurs des amygdales qui ont une base étroite; elle est difficile à placer, et elle est inutile, puisqu'une airigne aurait le même effet.

Heister dit que l'on peut se servir de trois moyens pour remédier à la tuméfaction des amygdales. Les caustiques sont le premier. Il recommande d'éviter ceux qui ont trop d'activité, et il préfère aux autres la potasse mélangée de carbonate de potasse en déliquescence, la dissolution de muriate ammoniacal, et le nitrate de mercure en dissolution. Ces médicamens doivent être portés avec précaution au moyen d'un pinceau de linge bien ressuyé. Il faut éviter qu'ils touchent aux parties saines. Le malade doit se

gargariser après leur application. Il faut qu'il ait la tête penchée en devant pendant quelque temps, pour avoir la facilité de rejeter la salive dont ces médicamens provoquent l'excrétion, et leur usage doit être continué jusqu'à ce que la brèche faite à l'amygdale soit assez grande pour rendre la respiration et la déglutition plus faciles.

La rescision, dont Heister parle ensuite, se pratique en saisissant la tumeur avec une airigne; mais il blâme cette manière d'opérer, à laquelle il dit qu'on ne doit avoir recours que rarement. La ligature est le troisième moyen que cet auteur expose. Elle ne peut avoir lieu que lorsque la tumeur a un pédicule étroit. Ce cas est un de ceux où la rescision avec le bistouri est la plus facile.

Cependant la ligature a ses partisans. Sharp la conseille; mais sans alléguer de faits qui en constatent l'utilité. Moscati, qui a eu plusieurs occasions de traiter des personnes dont les amygdales étaient tuméfiées, s'en est servi la première fois qu'il a opéré. Ce procédé attira une inflammation considérable à la gorge, et le malade fut réduit à l'état le plus fâcheux par la difficulté de respirer et d'avaler, quoiqu'on lui eût administré des secours de toute espèce. Moscati fut obligé de retrancher la tumeur à l'endroit de la ligature. Les accidens se calmèrent, et le malade fut guéri le vingt-quatrième jour.

Ce chirurgien ayant eu occasion d'opérer une se-

conde fois, il se garda bien d'employer la ligature. Il fit la rescision à la manière de Celse, laquelle lui réussit parfaitement des deux côtés. Il ne survint aucun accident, et la cure fut complète. La méthode et le succès ont été les mêmes dans un troisième cas. Moscati opéra de même dans un quatrième ; mais la malade ayant été prise d'une toux violente lorsque la glande n'était encore coupée qu'aux deux tiers, il fallut suspendre l'opération et ôter l'airigne. Il survint une suffocation menaçante, parce que le morceau coupé tombait sur la glotte. Le danger était excessif. Moscati se détermina à porter les doigts dans la gorge, et à arracher la portion d'amygdale qui causait le désordre. Wiseman l'avait déja éprouvé deux fois. Il serait facile de l'éviter, en coupant de bas en haut, au lieu de couper de haut en bas. Louis, qui a proposé cette manière d'opérer, observe avec raison qu'elle aurait l'avantage de moins exposer à blesser la langue, dont la base se soulève à l'approche des instrumens, et couvre une partie de la tumeur ; mais il faudrait s'y être exercé ; car il est plus naturel de se servir du bistouri de la seconde façon que de l'autre.

Effrayé de l'accident dont on vient de parler, Moscati opéra, pour la cinquième fois, de la manière que voici : il commença par fendre l'amygdale tuméfiée de haut en bas, puis il la fendit en travers. Il introduisit dans les incisions des mèches de char-

pie, dans la vue de s'opposer à leur réunion. Ce pansement fut renouvelé souvent pendant quatre jours, après lesquels Moscati emporta les lambeaux de la glande, en mettant quatre jours d'intervalle entre leur excision. Le reste fut touché avec le nitrate d'argent. La cure s'est terminée heureusement.

Maurain, que l'Académie de Chirurgie avait nommé pour examiner le mémoire de Moscati, et pour lui en rendre compte, blâma l'opération faite en plusieurs temps, comme difficile et embarrassante. Il croit qu'il vaudrait mieux employer les ciseaux concaves de Levret. On peut emporter en une seule fois la portion que l'on se propose d'extirper, après l'avoir saisie avec une airigne, et il n'y a rien à craindre de l'hémorragie, les amygdales n'étant arrosées que de vaisseaux très-fins.

Caqué de Reims a eu bien des occasions de faire la rescision des amygdales engorgées. La première fois que cette occasion se présenta à lui, il n'y procéda qu'avec timidité et lenteur, en extirpant ces glandes portion par portion, au moyen du bistouri et des ciseaux, après les avoir saisies avec une airigne. Enhardi par ce premier succès, il extirpa d'un seul coup une amygdale, qu'il avait saisie de la même manière. La réussite fut complète. Le lendemain, la malade put aller au spectacle. De nouvelles esquinancies survenues depuis n'ont pas porté sur le côté opéré. Voilà l'effet avantageux qui résulte de la res-

cision des amygdales. Plusieurs autres malades ont été opérés de même, et ils ont guéri aussi heureusement.

Caqué se servait d'un couteau dont la lame, longue de onze centimètres, était courbée sur sa longueur, émoussée à son extrémité, dépourvue de tranchant à deux millimètres de cette extrémité, et montée sur un manche de neuf centimètres, avec lequel cette lame fait un angle de cent soixante degrés. Son airigne était simple, et il la préférait, parce qu'elle se dégage plus aisément quand elle est double. Il décrit aussi une espèce de *speculum oris*, faisant crochet, pour écarter l'angle des lèvres, et il proposait une espèce de chevalet qui, placé entre les mâchoires, les empêchât de se rapprocher; mais Caqué n'en a pas fait usage. Muzeux, son confrère à Reims, a fait construire pour l'opération dont il s'agit des pinces de seize centimètres, courbes, et dont les branches sont terminées chacune par une double airigne.

J'avais aussi employé une airigne simple dans mes premiers essais : mais je me suis bientôt aperçu que la pince de Muzeux est beaucoup plus commode. Elle assujettit mieux la portion de l'amygdale que l'on se propose de retrancher, et sert en même temps à maintenir la langue et à abaisser la mâchoire inférieure. Le bistouri dont je me sers ne diffère en rien des instrumens de ce genre; seulement il est

plus long, et mousse à son extremité. Le procédé opératoire est fort simple. Le malade, assis sur une chaise un peu basse, exposé au grand jour, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide qui la retient en croisant ses mains sur le front, et la bouche grandement ouverte, le chirurgien, assis vis-à-vis sur une chaise un peu plus élevée, saisit la portion de la glande qui déborde les piliers du voile du palais avec les pinces, dont une des branches passe derrière et l'autre porte en devant, il la tire un peu à lui pour tendre la membrane dont elle est couverte, et il la retranche en un instant avec le bistouri, dont le tranchant est dirigé de haut en bas ou de bas en haut. Si on opère du côté droit, la pince est tenue de la main droite et le bistouri de la gauche. Si le mal est à gauche, la pince est tenue de la main gauche et le bistouri de la droite. Cela suppose une adresse égale des deux mains, sans laquelle je ne conçois pas comment on peut faire la rescision de l'amygdale droite.

C'est ainsi que j'ai pratiqué cette rescision sur huit sujets, qui avaient tous les deux amygdales tuméfiées, et dont six étaient des femmes. L'opération a été, pour le plus souvent, aussi prompte que facile: a peine les malades ont-ils eu le temps de sentir la légère douleur qui en est inséparable; l'effusion de sang a été de peu de conséquence, et s'est arrêtée en quelques instans par de simples ablutions d'eau

chargée de vinaigre, et il n'est survenu aucun accident grave. Plusieurs ont pu se nourrir avec des potages et avec des œufs le jour même de l'opération, et ils ont été entièrement guéris en moins de huit jours. Je crois pourtant avouer que je n'ai pas été aussi heureux dans tous les cas. Il m'est arrivé de ne pouvoir extirper en une seule fois toute la portion de l'amygdale qui pouvait l'être. Alors j'ai éprouvé de grandes difficultés, parce que la glande, entamée et dépouillée de la membrane qui lui sert de soutien, ne peut plus être saisie d'une manière aussi sûre : elle s'écrase, ou plutôt elle se déchire en lambeaux sous les pinces, et elle échappe à leur action; ce qui fait que l'introduction de cet instrument et celle du bistouri doivent être répétées plusieurs fois.

De la Tuméfaction et du Prolongement de la luette.

La luette est sujette à des engorgemens de toute espèce. Ceux qui sont œdémateux ou squirreux en augmentent quelquefois les dimensions, au point que ce corps devenu plus gros et plus lourd qu'à l'ordinaire, ou seulement augmenté de longueur, gêne la déglutition et l'action de parler, ou qu'il cause un chatouillement incommode à la base de la langue sur laquelle il tombe, et donne lieu à des soulevemens d'estomac fréquens, ou à une toux fort fatigante.

Lorsque les choses en sont venues à ce point, les

médicamens sont souvent inutiles. Il ne reste d'autre moyen de guérison que de retrancher la luette, opération simple, trop peu familière, et sur le procédé de laquelle on a beaucoup varié.

Les premiers maîtres de l'art voulaient que l'on saisît la luette avec des pinces, et qu'on la coupât en dessous : *Neque quidquam commodius est quàm vosellâ apprehendere, sub eâque quod volumus excindere*, dit Celse. Fabrice d'Aquapendente trouve à cette manière d'opérer l'inconvénient d'exiger l'usage des deux mains, de sorte que l'on est obligé d'emprunter le secours d'une troisième qui contienne la langue et la mâchoire inférieure. Il préfère de se servir des ciseaux, qui laissent la liberté de la main gauche. La luette coupée, il porte au dessous de ce qui reste de ce corps une cuillère échauffée au feu sans être incandescente, dans la vue d'affermir, et sans doute aussi de prévenir l'hémorragie.

Paré recommande le procédé de Celse. Lorsque le volume de la luette est considérable, et qu'il est à craindre que les vaisseaux ne donnent beaucoup de sang, il propose de la lier avec un instrument de l'invention de Castellan, médecin renommé de son temps, et que son savoir et son jugement rendaient recommandable. C'est un anneau cannelé sur sa convexité, lequel est porté sur une tige qui lui sert de manche. On y ajuste un fil ciré auquel on a fait un nœud coulant que l'on serre au moyen d'une autre

tige de métal, terminée par un anneau beaucoup plus petit que celui de l'instrument principal. Le fil reste dans la bouche, et si on juge qu'il ne comprime pas assez, on serre de nouveau. Fabrice de Hilden a depuis proposé un instrument construit sur les mêmes principes, et dont l'usage est le même. Scultet s'est servi de ce dernier sur un soldat de l'empereur qui avait la luette corrompue par le mal vénérien. Il ne dit pas que la ligature qu'il a pratiquée par son moyen ait été douloureuse, qu'elle ait excité de l'inflammation, ou que le malade ait été gêné par la présence du fil. Cependant il est probable qu'elle a eu cet effet.

Heister a fait représenter, planche XXI, un instrument inventé par un paysan de la Norwège, où le relâchement de la luette est une indisposition fréquente, et perfectionné par Rau. Il est formé de deux jumelles jointes ensemble à leurs extrémités par une traverse, et cannelées en dedans pour recevoir un couteau qui glisse entre elles, et qui tient à une tige destinée à le faire mouvoir. La portion de la luette qu'on se propose d'extirper est engagée dans le vide que la retraite du couteau laisse à l'un des bouts de l'instrument; on pousse ce couteau en appuyant sur sa tige, et la partie soumise à son action est séparée. Cet instrument a quelque analogie avec celui dont il sera parlé pour la section du filet. Le couteau dont il est garni agit de même; c'est-à-

dire qu'étant poussé perpendiculairement sur la partie qu'il doit retrancher, il ne glisse pas sur elle comme doivent le faire les instrumens tranchans. Par conséquent il est à craindre que son effet ne se borne à la comprimer et à la froisser, sans la couper; ce qui obligerait à avoir recours à un autre procédé.

Celui dont je me suis servi en plusieurs occasions a beaucoup de rapport avec la manière d'opérer décrite par Celse. Après avoir fait placer le malade sur un siége élevé et exposé à un beau jour, et lui avoir fait contenir la tête, j'ai saisi la luette avec des pinces fenêtrées comme celles qui sont d'usage pour l'arrachement du polype des narines, et j'ai coupé en dessus avec les ciseaux à tranchans concaves proposés par Levret pour la section du cordon ombilical. Les pinces affermissant et tendant les parties, toute autre espèce de ciseaux aurait probablement réussi également bien. Mais ceux-ci ont l'avantage d'embrasser une plus grande portion du corps à couper, et de ne pas lui permettre d'échapper d'entre leurs mors. Les pinces fenêtrées ont aussi celui de mieux saisir la luette que ne le feraient des pinces ordinaires d'entre lesquelles elle pourrait glisser. Je n'ai jamais vu que la petite opération que je viens de décrire ait été suivie de perte de sang. S'il en était survenu j'y aurais aisément remédié en faisant gargariser les malades avec de l'eau chargée de vinaigre ou de suffisante quantité d'eau de Rabel

pour la rendre astringente, ou en touchant les vaisseaux avec un pinceau de charpie trempé dans cette eau pure, ou simplement imbibé d'alkool. La cuillère de métal de Fabrice d'Aquapendente, chauffée au feu, m'aurait offert une ressource plus assurée dans des cas plus graves. L'usage d'un gargarisme préparé avec l'orge, les feuilles d'aigremoine et de ronces et le miel, ont aidé à la consolidation de la plaie, qui s'est faite en peu de jours.

Des Polypes de la matrice et du vagin.

Il s'élève quelquefois au dedans de la matrice et du vagin des tumeurs dont le volume, la forme et la consistance varient. Ces tumeurs, qui sont du genre des sarcomes, et qui ont beaucoup de ressemblance avec celles que l'on voit se former dans les narines, portent comme elles le nom de polypes. Elles causent peu d'incommodités dans les commencemens, de sorte que les femmes qui en sont attaquées s'en aperçoivent à peine. Dans la suite, elles en attirent de plus ou moins graves, selon le lieu qu'elles occupent, la grosseur qu'elles ont acquise, ou le caractère qui leur est propre. Si elles sont purement sarcomateuses, ces incommodités dépendent de l'étranglement qu'elles éprouvent ou de la pression que ces tumeurs exercent sur tout ce qui les environne. Si elles sont de la nature des carcinomes, les accidens qui les accompagnent sont les

mêmes que ceux qui arrivent dans les maladies de ce genre.

Les polypes sarcomateux, les seuls dont il sera question dans cet article, peuvent être distingués en ceux qui naissent au dedans de la matrice, ceux qui sont implantés sur le col de ce viscère, et ceux qui tirent leur origine du vagin.

1.° Les polypes nés au dedans de la matrice ne donnent des indices de leur présence que lorsqu'ils ont acquis un certain volume ; auparavant ils peuvent occasionner un sentiment de pesanteur et d'embarras, mais à cette époque, la force avec laquelle ils distendent les parois de la poche qui les contient attire des douleurs et de la tension dans la région hypogastrique, auxquelles se joignent des tiraillemens dans les reins, dans les aines et dans les cuisses. Le polype qui croît en tout sens élargit bientôt le col de la matrice, où la résistance est moindre qu'ailleurs; il en dilate l'orifice, et fait bosse dans le vagin. Il cesse alors d'exercer une action aussi marquée sur la matrice, et les incommodités qui en étaient l'effet se dissipent. Sa partie inférieure, que rien ne gêne, grossit pendant que celle qui répond au col de la matrice conserve l'épaisseur qu'elle avait d'abord, ou se rétrécit en vertu de l'étranglement qu'elle éprouve. Cet étranglement porte sur les vaisseaux qui pénètrent sa substance, ou sur ceux qui rampent à sa surface. Les derniers se rompent,

et laissent échapper les humeurs et le sang qu'ils contiennent. Il se fait alors des écoulemens séreux ou muqueux, et il survient une perte de sang habituelle, ou des hémorragies qui se renouvellent fréquemment. La vessie et le rectum, gênés par la présence de la tumeur, n'exercent plus leurs fonctions avec leur facilité ordinaire. Le cours des urines et la sortie des excrémens sont dérangés, et en partie interrompus. Le fond de la matrice, entraîné et renversé par le poids du polype, s'enfonce dans le bassin. De nouveaux tiraillemens se font sentir dans toutes les parties auxquelles ce viscère est attaché. Ce sentiment de pesanteur se renouvelle, et l'état de la malade devient pressant. Cet état peut s'améliorer jusqu'à un certain point, si le mal vient à augmenter, si la tumeur franchit les parties naturelles, et si elle se porte au dehors, parce que sa pression sur les parois du vagin est moindre ; mais les écoulemens de toute espèce et les douleurs de reins demeurent les mêmes, et la malade se meut moins aisément.

Il me semble que l'on peut distinguer trois états dans les polypes dont il est question. Dans le premier, ils se développent insensiblement dans la cavité de la matrice, et ne s'annoncent par aucun signe extérieur. Dans le second, ils ont déjà dilaté le col de ce viscère, et font bosse à travers son orifice. Dans le troisième, ils ont dépassé cet orifice, et sont tombés dans le vagin.

Les symptômes que les femmes éprouvent dans le premier état sont si peu remarquables et tellement équivoques, qu'ils en ont souvent imposé pour ceux d'une grossesse commençante, et que plusieurs personnes attaquées de ces polypes se sont crues enceintes, ou ont été jugées l'être.

Dans le second, il se présente au col de la matrice une tumeur de forme convexe, qui le remplit et qui en écarte les bords. Cette tumeur est plus ou moins grosse. Elle est lisse au toucher, et entourée d'un enfoncement circulaire qui la sépare d'avec les bords de l'orifice qui lui donne passage. Ces bords eux-mêmes font une saillie autour de laquelle on peut promener le doigt dans le cul-de-sac qui termine le vagin.

On peut douter alors si la tumeur est un polype, ou l'effet d'un renversement incomplet de la matrice; et ce doute est d'autant plus fondé, que ces deux maladies ont le même aspect, qu'elles causent le même genre d'incommodités, qu'elles croissent de même, et qu'elles peuvent arriver dans les mêmes circonstances; car des faits incontestables prouvent que la matrice peut souffrir l'espèce de renversement dont il s'agit hors de l'accouchement, et par des causes inconnues, et qui n'ont aucun rapport avec cette opération de la nature. La seule chose qui puisse éclairer le chirurgien sur le caractère de la tumeur, est que celle qui est faite par le renverse-

ment de la matrice est d'une assez grande sensibilité, au lieu que celle qui est faite par la présence d'un polype n'en a aucune. Au reste, la méprise à laquelle la ressemblance des polypes venus du dedans de la matrice, avec le renversement incomplet de ce viscère peut donner lieu, est peu importante. Elle peut tout au plus engager à prescrire à la malade un repos qui serait très-utile dans la seconde de ces deux maladies, et qui ne servirait à rien dans la première. La façon dont elles croissent dissipera bientôt toute incertitude. Le polype ne tardera pas à descendre dans le vagin où il formera une tumeur plus volumineuse en bas qu'en haut, au lieu que le renversement incomplet augmentera d'une manière plus lente, et conservera la forme convexe, et semblable à un segment de sphère sous laquelle il a commencé à se montrer.

Aussi n'est-ce pas avec ce renversement que les polypes venus de la matrice peuvent être confondus, lorsqu'ils sont parvenus à leur troisième état. On les a souvent pris pour des renversemens complets, ou pour des chûtes totales de matrice. Leur conformation extérieure, et la cavité ou la disposition celluleuse que l'on y a rencontrée en les ouvrant après leur extirpation, a fait croire à un grand nombre de praticiens qu'ils avaient retranché la matrice renversée; et leur aveuglement à cet égard a été si grand, que plusieurs n'ont pu être détrompés, quoique les

femmes qui avaient subi cette opération, soient devenues enceintes depuis. Il y a bien quelque analogie entre un polype tombé dans le vagin, et un renversement complet de la matrice. La tumeur qui en résulte est également lisse, également figurée en poire, et elle donne lieu à des écoulemens de la même nature. L'espèce de pédicule qui les soutient sort de l'orifice de la matrice, et le doigt peut se promener autour. Elles sont en quelque sorte susceptibles de réduction, ou plutôt on peut les repousser toutes deux dans le vagin. Mais le polype est insensible, et la matrice a de la sensibilité. Le polype a cru lentement, au lieu que le renversement complet de la matrice n'a jamais lieu que d'une manière subite et après l'accouchement, soit que l'on ait tiré l'arrière-faix avec trop de force, soit plutôt qu'il y ait eu dans la matrice des dispositions à ce genre de déplacement, dispositions que l'espèce de violence exercée sur elle n'a fait que seconder.

Il est arrivé moins souvent que des polypes nés dans la matrice, et parvenus à leur troisième état, aient été confondus avec des chutes totales de ce viscère. On s'est laissé tromper par des crevasses ou ulcérations survenues à la partie inférieure de la tumeur, que l'on a prises pour l'ouverture naturelle du col de la matrice. Les praticiens auraient aisément reconnu l'erreur dans laquelle cette circonstance les a entraînés, s'ils eussent fait attention que la tu-

meur formée par le déplacement dont il s'agit est plus étroite en bas qu'en haut, qu'elle entraîne le vagin après elle de manière que ce canal retourné sur lui-même ne laisse pas de cavité dans laquelle on puisse promener le doigt autour de la tumeur, et n'en présente qu'une dont la profondeur est moindre qu'à l'ordinaire, que le col de la matrice ne se trouve plus au fond de cette cavité, que les urines sortent avec peine, que le jet qu'elles forment est dérangé, parce que le vagin entraîne et déplace la vessie, et que cette poche fait bosse au devant de la tumeur, ce qui n'a pas lieu dans le cas de polypes nés au dedans de la matrice, à quelque grosseur qu'ils soient parvenus.

2.° Les polypes qui naissent du col même de la matrice sont plus rares que ceux de la première. Il s'en trouve cependant quelques exemples. Ces polypes peuvent parvenir à la même grosseur que les autres, mais ils ne sont jamais aussi fâcheux, parce que leur pédicule n'est point exposé à l'étranglement. Ainsi ils ne donnent lieu ni aux écoulemens muqueux, ni aux hémorragies, ni ne sont autant disposés à l'inflammation. Il est aisé de les reconnaître, lorsqu'en portant le doigt dans le vagin, on est arrivé au lieu d'où ils tirent leur origine. Le col de la matrice auquel ils tiennent est déformé. On le trouve allongé en bec de flûte, et il est confondu dans la tumeur, de sorte que l'on a peine à distinguer quelles sont leurs li-

mites. Cette espèce de polype ne ressemble point aux déplacemens auxquels la matrice et le vagin sont sujets, et ne peut donner lieu à aucune espèce de méprise qui ait rapport à ces déplacemens.

3.° Les polypes qui s'élèvent des parois du vagin peuvent être pris pour les hernies de vessie, pour les hernies d'intestins et d'épiploon qui se montrent quelquefois au dedans de ce canal, ou pour le renversement auquel il est sujet. Cependant, si on se rappelle que les hernies de vessie répondent à sa partie antérieure, et les deux autres à ses parties supérieure et latérales, au lieu que les polypes peuvent naître de tous les points de sa surface, on aura déja un moyen de les distinguer les uns des autres. D'ailleurs la hernie de vessie a une base large; elle paraît mieux quand il y a long-temps que la malade a uriné, et s'efface presque en entier quand elle vient de le faire; et cette hernie présente, lors de sa plus grande élévation, une fluctuation et une mollesse que les polypes n'offrent jamais. De plus, on ne peut la toucher sans exciter des envies d'uriner. Les hernies vaginales faites par le déplacement des intestins et de l'épiploon, peuvent avoir une sorte de pédicule; mais la rénitence qui leur est propre, leur augmentation de volume quand la malade est debout et qu'elle retient sa respiration, leur diminution lorsqu'on les manie avec adresse, leur disparition entière par une pression continue, en faisant entendre un bruit de

la nature de celui qui accompagne la réduction des autres hernies entérocèles, enfin, le vide qu'elles laissent aux parois du vagin, les feront aisément reconnaître. Il ne reste plus que le renversement du vagin dont je doive exposer la différence d'avec les polypes de ce canal. Cette différence est fort sensible. Le renversement du vagin forme un bourrelet circulaire qui se montre entre les lèvres du pudendum, et quelquefois au dehors. Le doigt porté au milieu de ce bourrelet pénètre dans le reste du canal, au fond duquel se trouve le col de la matrice. Ce viscère, entraîné par le vagin, est plus bas qu'il ne doit être. Dans le cas de polypes, au contraire, il garde sa position ordinaire, et la tumeur que l'on touche est isolée, circonscrite, et tient à un pédicule distinct, dont la grosseur n'est pas limitée. Au reste, cette troisième espèce de polype paraît assez rare.

Ceux de la première, étant les plus communs et les plus dangereux, méritent le plus d'attention. Les moyens employés pour leur guérison sont d'ailleurs applicables aux autres. Ces moyens sont, la cautérisation, la résection, la torsion et la ligature.

La cautérisation est attribuée à Celse. On dit qu'il conseille ce moyen, art. ij, chap. 18 de son sixième livre. A la vérité, cet article est intitulé *de Fungo ani et vulvæ :* mais il paraît uniquement consacré au traitement des ulcères qui naissent au bord de l'anus dans les deux sexes, et au dedans des parties

naturelles des femmes. *Fungo quoque simile ulcus in eâdem sede nasci solet, etc.* Quoi qu'il en soit, il est aisé de voir que les caustiques, que le cautère actuel même, ne peuvent être employés pour détruire des tumeurs dont la racine est aussi profonde; sans parler des risques auxquels on exposerait les malades de faire dégénérer leurs polypes en carcinomes, comme il arrive souvent lorsqu'on fait usage de ces moyens sur des sarcomes, qu'il n'est pas possible de faire tomber en entier par une seule application.

Plusieurs ont parlé de la résection d'après Aétius. Fabrice d'Aquapendente employait à cette opération des tenettes terminées en bec de cuiller, tranchantes à leurs extrémités, semblables à celles qu'il avait imaginées pour emporter les polypes des narines. Il ne paraît pas craindre qu'elle donne lieu à une perte de sang trop considérable. Cependant, pour peu que le polype ait un pédicule de quelque épaisseur, cet accident est à redouter. Il s'en est vu dont le pédicule faisait sentir des battemens marqués, lesquels indiquaient assez qu'il était traversé par des artères d'un gros calibre. S'ils eussent été coupés sans précaution, ils auraient pu fournir une hémorragie d'autant plus dangereuse, que la matrice, débarrassée du poids du polype par quelque moyen que ce soit, remonte subitement en son lieu, et se remet dans la situation qui lui est naturelle. Comment alors porter les topiques ou les moyens compressifs dont

on voudrait se servir, jusque dans sa cavité? comment les y assujettir? et quelle serait l'impression que ces moyens pourraient faire sur un viscère aussi sensible?

La torsion n'offre pas les mêmes inconvéniens. Elle a été recommandée par des auteurs de réputation, qui n'en ont parlé que dans la supposition de polypes dont la substance ne serait pas trop ferme, et qui auraient un pédicule grêle. En cela ils n'ont fait qu'imiter le procédé de la nature, qui, dans les circonstances que je viens d'énoncer, se suffit quelquefois à elle-même, et parvient à se débarrasser de ces sortes de tumeurs, qui se détachent et tombent lorsqu'on s'y attend le moins. On en trouve des exemples dans les observateurs. Il y en a aussi de la réussite de la torsion. La Peyronnie a autrefois rapporté à l'Académie de Chirurgie qu'un polype, fatigué par les attouchemens indiscrets d'une sage-femme qui en méconnaissait la nature, était resté dans les mains de cette femme, non sans une grande surprise de sa part. Il n'en est résulté rien de fâcheux, et la malade s'est trouvée guérie. Boudou a aussi rapporté à la même compagnie qu'ayant rencontré un polype dont le pédicule était grêle, il avait exercé sur cette tumeur une torsion qui l'avait détachée sans peine; mais il avoue qu'il n'avait pas été sans inquiétude sur les suites de son procédé, et qu'ayant craint qu'il n'attirât une forte inflammation,

il avait pris les précautions d'usage pour prévenir cet accident. Il en est une dont Boudou n'a point parlé, et qui n'a été indiquée que long-temps après lui, dans une thèse soutenue en 1753 aux Écoles de Chirurgie, sous la présidence de Hévin : c'est de saisir le pédicule du polype aussi haut qu'il est possible avec des pinces, avant de le tordre, pour empêcher que l'effet de cette opération ne porte sur sa racine, et qu'il ne s'étende jusqu'à la matrice. On sent combien cela peut être utile, et on a lieu d'être surpris qu'on ne l'ait pas recommandé plus tôt.

La ligature est le moyen le plus généralement adopté, et celui qui paraît conduire le plus sûrement à la guérison de toutes les espèces de polypes qui naissent au dedans des parties naturelles des femmes. Elle a souvent été mise en usage, mais seulement sur celles de ces tumeurs qui étaient extérieures, ou que l'on pouvait tirer au dehors avec les mains ou avec des tenettes. Lorsque le pédicule s'en est trouvé mince, on s'est contenté de passer un lien autour, et de le serrer avec assez de force pour les amortir. Lorsqu'il s'est trouvé épais, on l'a traversé avec une aiguille, dans laquelle on avait passé deux liens qui pussent être aisément séparés pour embrasser ce pédicule des deux côtés, comme on faisait autrefois pour la ligature de l'épiploon.

On voit que l'effet de la ligature était borné à un petit nombre de cas. Elle n'était applicable que lors-

que les polypes avaient fait beaucoup de progrès, et que les malades étaient déjà épuisées par les hémorragies et par les autres incommodités que ces tumeurs occasionnent. Peut-être ne les guérissait-elle pas tous, puisqu'elle ne pouvait être portée assez haut, et que son action s'exerçait sur une partie éloignée du principe du mal. Levret, le premier, a conçu et exécuté le projet de lier les polypes encore cachés profondément dans le vagin. Les premiers instrumens qu'il a imaginés pour parvenir à ce but, et qu'il a nommés porte-nœud et serre-nœud, étaient fort ingénieux, et lui ont procuré des succès, qu'ont de même obtenus ceux qui en ont fait usage d'après ses renseignemens. Il a bientôt été imité par Lecat, qui a donné à l'un de ces instrumens une forme plus favorable. Mais, toujours occupé de son objet, et doué d'un véritable génie, Levret en a trouvé un autre beaucoup plus simple, qui seul fait l'office des deux premiers, et dont il a étendu l'emploi aux polypes du nez et de la gorge.

Cet instrument est fait de deux cylindres d'argent, creux, adossés et soudés l'un à l'autre dans toute leur étendue, longs de vingt-un centimètres, terminés en larme à l'une de leurs extrémités, garnis d'un anneau à l'autre, et dont la cavité intérieure a environ quatre millimètres de diamètre. Le lien dont on le garnit est aussi d'argent de coupelle, recuit et trempé dans l'huile, d'un millimètre d'é-

paisseur, et un mètre de long. Lorsque l'on veut s'en servir, on passe une des extrémités du lien dans un des tuyaux, et après l'avoir fait sortir du côté de l'anneau qui y répond, on le tortille autour de cet anneau pour l'y assujettir. L'autre extrémité du fil est passée dans l'autre tuyau, et ramenée de même vers son extrémité extérieure, mais de manière à former au bout de l'instrument une anse qui réponde à la grosseur du polype.

Tout étant ainsi disposé, et la malade placée en travers sur le bord de son lit, les jambes écartées, et les pieds soutenus sur deux chaises et bien assujettis, le chirurgien glisse au dedans du vagin quelques doigts de l'une de ses deux mains, graissés d'huile ou de beurre, ou trempés dans du blanc d'œuf, et il les porte jusqu'à la partie la plus élevée du pédicule de la tumeur à laquelle il puisse atteindre. L'anse du lien, et la partie de l'instrument d'où sort cette anse, sont introduits en les faisant entrer le long de la paroi postérieure du canal. Les doigts qui y sont placés les dirigent, et portent la convexité de l'anse sur la partie du pédicule où on se propose de placer la ligature. La tumeur est ensuite engagée dans l'anse, et lorsqu'elle y est entrée, on fait tirer au dehors le bout du lien qui est libre, afin de diminuer cette anse, et de bien embrasser le pédicule. Si on s'aperçoit que ce procédé réussisse, on fait encore tirer le bout libre du lien. Le chirurgien alors dé-

gage celle de ses mains dont les doigts étaient dans le vagin, il prend lui-même l'instrument, il continue de tirer le lien, et par ce moyen il serre le pédicule de la tumeur. Il juge, à la longueur de la portion du lien sortie, du degré de constriction qu'il exerce; mais cette constriction ne réussirait pas, si, après avoir arrêté le second bout du lien sur le second anneau, il ne faisait pas tourner l'instrument sur lui-même, et toujours dans le même sens, pour tordre les deux bouts du lien l'un sur l'autre. Le sentiment de douleur que la malade éprouve est la mesure de la torsion qu'il doit exercer. Si cette douleur devient incommode, il cesse de tordre, et attache l'instrument à l'une des cuisses de la malade avec une bande qu'il fixe à ses anneaux, au moyen d'un point de couture. La malade est replacée dans son lit. On lui met un petit oreiller sous les jarrets, afin qu'elle puisse rester les jambes pliées; on lui prescrit du repos; son régime, qui doit être exact sans être sévère, est réglé, et on attend l'événement.

Desault a depuis imaginé un procédé qui paraît encore plus facile. Il consiste à porter le fil qui doit étrangler le collet du polype au moyen de deux instrumens de forme droite et mince, que l'on conduit au fond du vagin, et que l'on fait tourner autour de ce collet, et à le serrer avec un troisième, que l'on peut appeler serre-nœud, et qui, restant

en place, sans incommoder la malade, peut diminuer l'anse du fil à plusieurs reprises, et opérer une constriction suffisante. Les deux premiers sont des pinces enfermées dans des tuyaux d'argent où elles s'engagent, et d'où elles sortent à la volonté de l'opérateur. Quand leurs mors sont rapprochés, elles forment un anneau dans lequel le fil passe comme dans le chas d'une aiguille ordinaire. Quand ils sont écartés par l'effet du ressort qui leur est propre, ils laissent échapper le fil. Le troisième, long de trois à quatre travers de doigts seulement, est une tige, dont un bout plié à angle droit, est percé d'un trou rond assez grand pour laisser passer les deux extrémités du fil, et l'autre présente une échancrure profonde, ou, si on veut, une fente dans laquelle on les arrête.

Pour faire usage de ces instrumens, on garnit les deux premiers d'un long cordonnet de fil qui les traverse, et qui pend au dehors de chacun d'eux; et, après les avoir rapprochés l'un de l'autre, on les conduit au fond du vagin, le long de sa paroi postérieure, à l'aide des deux premiers doigts de la main gauche qu'on y a portés d'abord. Lorsqu'ils sont parvenus au collet du polype, on retire les doigts qui leur avaient servi de guide, et, saisissant chacun d'eux de chacune des deux mains, on leur fait embrasser ce collet de derrière en devant, en leur faisant décrire une demi-circonférence. Cela fait, on

les croise de peur que le fil ne se dérange, et faisant pousser par un aide la tige qui soutient les pinces, pour que celles-ci sortent des tuyaux qui les renferment, et pour que leurs mors s'écartent, on reprend les deux instrumens de la main droite, on introduit les deux premiers doigts de la main gauche jusque sur le fil, et on tire ces instrumens au dehors. Il ne reste plus qu'à serrer le fil; ce qui se fait en engageant ses deux extrémités dans le trou du serre-nœud, et en les tirant à soi pendant que l'on pousse cet instrument sur le collet du polype. Le fil est ensuite arrêté comme il a été dit. Si la pression qu'il exerce ne se trouve pas suffisante, on le dégage, et on pousse le serre-nœud plus avant.

Lorsque le pédicule du polype est mince, il survient peu après la ligature un suintement abondant et de mauvaise odeur, et le polype se flétrit. Lorsque le pédicule est épais, la tumeur se gonfle; elle devient rouge, et prend ensuite une teinte violette. Dans le premier cas, on peut se contenter d'injections détersives auxquelles on ajoute une petite quantité de vinaigre. Dans le second, il faut d'autres soins. Si la douleur est forte et qu'il survienne de la fièvre, on saigne la malade, on l'assujettit à la diète, on fait des fomentations émollientes, et on prescrit les boissons d'usage. Les premiers accidens dissipés, on serre de nouveau la ligature, afin que

le polype achève de tomber en mortification. Pour cela, le chirurgien détache l'instrument, et il lui donne quelques degrés de torsion de plus, toujours dans le même sens. On est quelquefois obligé de revenir à ce procédé à plusieurs reprises. Lorsqu'enfin l'étranglement du pédicule de la tumeur a porté sur toute son épaisseur, elle se flétrit, ce pédicule se coupe, et le polype se détache. La matrice, qui avait été entraînée par sa pesanteur, remonte à sa place ordinaire. Il continue à se faire quelques suintemens, auxquels on remédie par des injections appropriées, et la malade guérit. Je ne dois pas oublier de dire que la ligature attire quelquefois des écoulemens sanguins qui pourraient donner de l'inquiétude, si on ne savait qu'ils sont le produit de quelques vaisseaux variqueux qui rampent sur la tumeur, et qu'ils vont cesser aussitôt que ces vaisseaux seront dégorgés.

Le traitement que je viens d'exposer est applicable aux polypes de la seconde et de la troisième espèce. Peut-être présente-t-il plus de difficultés, parce que ces tumeurs ont un pédicule plus gros. Il est également applicable à quelques-unes des tumeurs qui se rencontrent au voisinage de l'anus, soit qu'elles aient leur origine au dehors, ou qu'elles naissent au dedans de cette ouverture, et qu'elles en soient chassées par les efforts que les malades font pour aller à la selle. Ces tumeurs, tout-à-fait

différentes des hémorroïdes dont elles n'ont, ni la rénitence ni la couleur violette, et de celles qui sont faites par le relâchement et le renversement de la membrane intérieure du rectum, lesquelles offrent un bourrelet inégal et circulaire, d'une couleur rouge brune, luisant et couvert de mucosités; ces tumeurs, dis-je, se présentent sous une forme globuleuse, sont soutenues sur une espèce de pédicule, ont une couleur d'un rouge semblable à celui du bord des lèvres, et paraissent de la même nature que les polypes des parties naturelles. La douleur qu'elles causent est souvent extrêmement vive. Cette douleur se fait principalement sentir lorsque les malades vont à la garde-robe, et elle dure long-temps après qu'ils y ont été. Elle peut être prévenue par un usage fréquent des bains, par un régime rafraîchissant, par l'attention d'entretenir une grande liberté du ventre, et apaisée par des applications émollientes et anodines; mais elle se renouvelle si souvent, qu'elle devient extrêmement incommode. J'ai vu des personnes qui en étaient cruellement tourmentées. Je les en ai débarrassées par des ligatures qui n'ont jamais été suivies d'accidens graves, et qui ont fait tomber en peu de jours les tumeurs qui les causaient. Quelquefois je n'ai eu qu'une tumeur de cette espèce à lier. Dans d'autres circonstances, j'en ai lié plusieurs à la fois, et toujours sans inconvénient. Je ne puis donc trop recommander ce procédé, qui est extrê-

mement simple, et pour lequel il ne faut qu'un lien de fil de soie ciré, mais que je n'aurais jamais osé mettre en usage, si je ne l'avais vu employer par d'autres : tant les mauvais succès des ligatures appliquées aux hémorroïdes, et la sensibilité exquise de la membrane intérieure des intestins m'en avaient imposé !

Des Tumeurs squirreuses et carcinomateuses.

La plupart des tumeurs dont il a été parlé dans les articles précédens prennent naissance dans l'épaisseur des membranes muqueuses, croissent avec une sorte de rapidité, et n'ont qu'une consistance assez semblable à celle des champignons dont elles empruntent le nom. Celles dont il va être question ont leur siége dans les glandes ou dans des organes glanduleux, croissent lentement, et sont d'une dureté plus ou moins grande. Les engorgemens qui les forment attaquent plus fréquemment les parties internes du corps que celles qui sont extérieures. Dans le premier cas, elles sont du ressort de la médecine interne, qui parvient quelquefois à les dissiper par les moyens qu'elle emploie. Dans le second, elles peuvent aussi céder à ces moyens. Lorsqu'elles y résistent et qu'elles sont favorablement situées, la médecine opératoire offre contre elles une ressource qui est souvent efficace. Cette ressource consiste à les extir-

per. Après ce qui a été dit de l'extirpation des tumeurs sébacées, on conçoit aisément comment on doit procéder ici. Il faut également mettre la tumeur à découvert, en incisant les tégumens en long, en T, ou en croix, pour pouvoir la détacher d'avec les parties voisines, ou si elle est fort grosse et que les tégumens soient altérés à son sommet, emporter cette portion des tégumens avec la tumeur; après quoi il ne reste plus qu'une plaie avec perte de substance, laquelle n'offre rien de particulier.

L'augmentation de volume des tumeurs squirreuses, la pression douloureuse qu'elles exercent sur les parties qui les avoisinent, la gêne qu'elles apportent à l'exercice de quelque fonction, ne sont pas les seules causes qui déterminent à les extirper. Cette opération devient aussi urgente qu'elle est nécessaire. Quand ces tumeurs s'élèvent d'une manière inégale, quand les tégumens qui la couvrent s'amincissent et prennent une couleur rouge obscure, et tirant sur le violet, quand le trajet des vaisseaux qui aboutissent à la partie malade s'engorge et devient pâteux, quand enfin cette partie fait éprouver des douleurs qui reviennent par élancemens, ces signes indiquent que la maladie change de caractère, qu'elle prend celui de carcinome ou de cancer occulte, et qu'elle est disposée à s'ouvrir et à former un véritable cancer. La manière de procéder est généralement la même que celle qui a été exposée ci-dessus.

Cependant elle offre quelques modifications suivant la partie qui est le siége du mal. C'est ce que je vais faire connaître.

Du Cancer à l'œil.

Le cancer n'épargne pas plus les yeux que les autres parties du corps. Tantôt il affecte les paupières, tantôt le globe même. Cette maladie est souvent la suite de boutons qui paraissent dartreux dans les commencemens, d'excroissances fongueuses qui s'élèvent entre les paupières et qui s'avancent sur le globe des yeux, ou d'ophthalmies opiniâtres qui se sont terminées par des abcès partiels ou locaux, par des staphylômes de la cornée, ou par des tubercules de nature squirreuse. Elle peut être déterminée par un usage indiscret de topiques âcres et irritans, et surtout par celui de topiques rongeans ou caustiques. Mais elle dépend toujours de dispositions intérieures qu'on ne peut prévenir ni corriger. Si la partie devenue cancéreuse peut être extirpée en entier avec l'instrument tranchant, il faut le faire sans délai, de peur que le mal ne se communique à celles du voisinage, ou qu'il n'infecte la masse des humeurs. Les procédés à suivre varient beaucoup lorsqu'il ne s'agit que de fongosités qui ne tiennent point au globe de l'œil, et qui peuvent en être détachées sans y causer une altération notable, et ces procédés sont tellement dépendans des circonstances que la ma-

ladie présente, qu'ils ne peuvent être assujettis à aucune règle. Mais lorsque le cancer occupe le globe de l'œil, ou qu'il s'étend sur les paupières en même temps, l'opération qu'il convient de faire est susceptible d'une description exacte, et qui convient à tous les cas.

Il a été parlé de cette opération, pour la première fois, dans un Traité des Maladies des yeux, publié en allemand en 1553, par Georges Bartish. Cet auteur propose un instrument fait en forme de cuillère dont les bords sont tranchans, et dont il veut que l'on fasse usage pour cerner l'œil, pour couper les muscles au moyen desquels il tient à l'orbite, et pour le tirer hors de cette cavité. Treize ans après, Fabrice de Hilden eut occasion d'extirper un œil devenu cancéreux. Il avait jugé que la cuillère de Bartish était trop large pour pouvoir être portée profondément dans l'orbite, et que son usage exposait à briser les os qui entourent et qui forment cette cavité. En conséquence, il avait fait construire un couteau dont la lame était courbée sur sa longueur, terminée par une espèce de lentille comme celui qui fait partie des instrumens du trépan, montée sur un manche, et dont les dimensions et la courbure avaient été déterminées sur l'orbite d'une tête sèche. Comme l'œil qu'il devait extirper faisait beaucoup de saillie hors de l'orbite, il se prémunit d'une espèce de bourse dans laquelle il le fit entrer,

et dont l'ouverture, fermée par le serrement des cordons, portait sur le collet de la tumeur. Il préféra ce moyen à l'aiguille armée d'un ruban de fil avec laquelle on était dans l'usage de traverser l'œil dans diverses directions, de peur que cet organe ne se vidât en partie par la sortie des humeurs qui pourraient y être contenues, et qu'il ne fût moins facile à assujettir. La bourse placée et la tumeur tirée au dehors, Fabrice coupa la conjonctive avec un bistouri ordinaire, à l'endroit de son union avec les paupières, et il acheva son opération au moyen du couteau dont il vient d'être parlé, lequel, porté au fond de l'orbite, lui servit à inciser les muscles droits de l'œil et le nerf optique. Cela fut exécuté dans un temps fort court, et le succès d'une opération aussi bien concertée fut complet.

Depuis Fabrice plusieurs ont extirpé des yeux devenus carcinomateux, les uns en suivant son procédé, les autres en suivant celui de Bartish. Quelques-uns ne disent rien de celui dont ils ont fait usage, et d'autres en ont employé d'absurdes, comme d'arracher l'œil avec une sorte de tenaille. Les auteurs qui nous ont conservé ces faits sont étrangers. Les chirurgiens français n'ont fait aucune mention de l'opération dont il s'agit, excepté Saint-Yves, qui dit l'avoir pratiquée plusieurs fois, mais qui n'a pas communiqué la méthode qu'il a suivie.

Louis en a imaginé une qui est extrêmement sim-

ple. La voici. Les attaches de l'œil avec les paupières doivent être détruites ainsi que dans l'opération de Fabrice. On emploie à cet effet un bistouri ordinaire, lequel est porté à la partie inférieure de l'œil, du petit au grand angle, et qui coupe la conjonctive à l'endroit où cette membrane se replie pour aller de l'œil aux paupières. Le tendon du petit oblique est aussi incisé à l'endroit où il s'attache au bord inférieur et interne de l'orbite. Le chirurgien coupe ensuite la conjonctive entre la paupière supérieure et la portion du globe qui y correspond. Il a soin d'inciser le grand oblique, en ramenant le tranchant du bistouri de haut en bas et de dehors en dedans. Louis veut aussi qu'on le porte sur le releveur de la paupière supérieure en même temps que sur la conjonctive, ce qui doit être difficile, attendu la position de ce muscle, qui glisse le long de la paroi supérieure de l'orbite. Le globe de l'œil ainsi dégagé de ses connexions avec le bord antérieur de cette cavité, il ne s'agit plus que de détruire celles qu'il a avec sa partie postérieure, au moyen des muscles droits et du nerf optique. Cette partie de l'opération s'exécute aisément avec des ciseaux courbes sur leur plat, et dont la pointe est émoussée. La situation de l'œil à la partie antérieure de l'orbite, et son éloignement d'avec le bord externe de cette cavité, feraient croire que c'est de ce côté que les ciseaux doivent être conduits, afin de les faire glisser plus

aisément dans l'espèce de vide qui s'y trouve; mais la nature de la tumeur et la forme des végétations qu'elle présente peuvent en ordonner autrement. De quelque côté qu'on les introduise, leur concavité doit être tournée du côté de l'œil, et lorsqu'on a coupé les muscles et les nerfs par le rapprochement de leurs lames, ils servent de curette comme la cuillère de Bartish, et ils soulèvent et amènent l'œil en dehors. S'il se trouve au fond de l'orbite quelque tubercule qui présente de la dureté, on le saisit et on l'extirpe. Louis ne parle pas de la manière d'assujettir l'œil pendant l'opération, quoiqu'il donne beaucoup d'éloges au procédé imaginé par Fabrice de Hilden. Si cela était jugé nécessaire, on pourrait employer à cet usage les pinces armées d'une double airigne, dont il sera parlé à l'article du cancer des mamelles.

Lorsque les paupières participent du vice de l'œil, il faut les extirper avec lui, ce qui se fait en portant le bistouri à travers leur épaisseur, le long du bord supérieur et du bord inférieur de l'orbite. Le malade est défiguré; mais on le délivre d'une maladie dont les progrès entraînent la perte de la vie. Le pansement, dans les deux cas, est extrêmement simple, puisqu'il ne s'agit que de remplir le vide avec des pelotes de charpie mollette, que l'on assujettit avec des compresses et avec un bandage peu serré. Cette plaie est pansée comme toutes les autres. J'ai

plusieurs fois extirpé des yeux devenus cancéreux : au lieu de les détacher du fond de l'orbite avec les ciseaux dont Louis faisait usage, je me suis servi de l'instrument dont j'ai parlé à l'article des polypes du sinus maxillaire. Ces opérations ont été exécutées avec facilité, mais le succès n'a pas répondu à mon attente : le cancer s'est renouvelé, ainsi qu'il arrive souvent, et les malades ont péri. Louis a éprouvé la même disgrace à la suite d'une de ses opérations à laquelle j'ai assisté, et qu'il a faite avec dextérité. Il n'avait négligé aucune des attentions qui pouvaient en assurer le succès ; malgré cela, le mal est revenu.

Louis a souvent employé la méthode qui vient d'être exposée. J'ai assisté à quelques-unes de ses opérations, qui ont été faite avec beaucoup d'adresse et de facilité. Il pourrait cependant se faire que l'extirpation de l'œil ne réussît pas. On sait en effet avec quelle fureur le cancer se reproduit quelquefois. Louis l'a éprouvé dans un cas où il avait fait son possible pour extirper celui dont l'œil était affecté, en emportant, cautérisant, et brûlant les callosités à mesure qu'elles se présentaient. Le mal est revenu, comme il arrive en d'autres parties du corps.

La résection de l'œil, opération nécessaire en plusieurs circonstances, a quelque rapport avec celle dont il vient d'être parlé. Elle consiste dans le retranchement de la portion de cet organe qui est altérée. La buphtalmie et le staphylôme de la cornée

sont les cas qui obligent le plus souvent à y avoir recours. La buphtalmie, ou le renflement de l'œil, succède aux ophtalmies qui ont été opiniâtres. Elle est accompagnée de l'obscurcissement des humeurs, et de taches épaisses à la cornée; de sorte que le malade est privé de la vue.

Si elle est sans inflammation, il n'en résulte que de la gêne et de la difformité; mais il s'y joint ordinairement une inflammation habituelle, qui la rend douloureuse. Le staphylôme de la cornée a les mêmes inconvéniens, et produit les mêmes maux. La cornée relâchée et affaiblie s'avance entre les paupières qui ne peuvent plus s'étendre, et le mal peut continuer ses progrès à un point tel, qu'on a vu des staphylômes de l'espèce dont il s'agit s'allonger en manière d'appendices, et descendre jusque sur les joues.

La résection de l'œil remédie à tout cela. C'est une opération fort simple, et dont les suites ne doivent donner que peu d'inquiétude. Le malade placé sur une chaise, et contenu comme à l'ordinaire, le chirurgien fait écarter les paupières et traverse le devant de l'œil avec une aiguille courbe, armée d'un cordonnet de fil, au moyen duquel il fait une anse propre à contenir cet organe, il coupe ensuite avec un bistouri, à une distance plus ou moins grande de la cornée transparente, et emporte avec promptitude le segment de sphère qu'il s'est proposé

de retrancher. Si la partie échappe, il la saisit avec une pince à disséquer, et continue à la retrancher avec le bistouri ou avec les ciseaux, si cela lui paraît plus commode. L'œil se vide en partie et s'affaisse sur lui-même. Nulle pièce d'appareil n'est appliquée sur cet organe, ou interposée entre les paupières et lui. On se contente de quelques ablutions d'eau tiède, qui se font avec une éponge, et ensuite de l'application de compresses trempées dans de l'eau de guimauve, à laquelle on a ajouté un filet d'eau-de-vie, et qui sont soutenues par un bandage purement contentif. Les lotions de l'œil sont réitérées plusieurs fois le jour, et en peu de temps cet organe se consolide. Il présente alors la forme d'un bouton irrégulier, dont la grosseur, moindre que celle de l'œil sain, permet d'y ajouter un œil d'émail, au moyen duquel on corrige la difformité, au point que les personnes non prévenues ont peine à s'en apercevoir, tant les mouvemens de cet œil artificiel sont semblablables à ceux de l'autre.

Du Cancer aux lèvres.

J'ignore si le cancer occupe quelquefois la lèvre supérieure; mais je ne l'ai jamais rencontré qu'à l'inférieure, et en un fort petit nombre de cas à l'endroit de leur commissure. Cette maladie paraît être particulière aux hommes, et encore ne la voit-on survenir qu'à ceux qui ont passé la première jeu-

nesse, et qui n'ont pas été à portée de s'occuper des soins de propreté que les personnes qui vivent dans l'aisance négligent rarement. Elle commence par un bouton au bord de la lèvre, lequel est rarement douloureux, et fait des progrès assez lents. A la fin, ce bouton prend de l'accroissement et s'ulcère. Il s'étend sur une partie plus ou moins grande de la lèvre, et quelquefois sur la lèvre entière, et si, comme je l'ai vu, on neglige d'y remédier à temps, l'ulcère attaque les gencives, les joues et le tissu osseux de la mâchoire inférieure, et fait tomber le malade dans une phthisie cancéreuse qui le fait périr. L'extirpation est le seul moyen de prévenir une pareille succession de maux; ainsi on ne peut se dispenser de la faire, à moins que l'affection cancéreuse ne se soit déja communiquée aux glandes qui sont au dessous de l'arc de la mâchoire inférieure, et que ces glandes ne se soient gonflées; car alors il n'y a plus rien à attendre de l'opération.

La manière d'y procéder est celle-ci: le malade étant assis sur une chaise assez élevée, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, le chirurgien saisit la lèvre malade avec le pouce et les deux doigts suivans de la main gauche, pendant que l'aide qui soutient le malade la tend du même côté, en tirant la commissure en arrière, et il fait le long de la tumeur une incision qui descend vers le menton. Ensuite il reprend la lèvre de la main droite, et il la

fait tendre du même côté, comme il a fait précédemment, et fait du côté droit de la tumeur une incision semblable à la première, de sorte que ces deux incisions se terminent au même endroit, et qu'il en résulte un triangle ou un V majuscule, dont la base ou l'ouverture est en haut, et le sommet ou la pointe est en bas. Si la masse cancéreuse n'est pas entièrement détachée, il achève de la séparer de ses adhérences. L'aide qui soutient la tête du malade appuyant de derrière en devant sur les joues, ramène les parties de la lèvre qui restent, l'une contre l'autre, et les affronte de manière que les bords opposés de la plaie se touchent en tous les points. Il ne reste plus qu'à les maintenir dans cette position. Pour cela, on commence par faire un point de suture entrecoupée au bord supérieur de la plaie, avec l'attention de mettre les deux parties de la lèvre parfaitement de niveau, après quoi on met sur chaque joue une compresse épaisse, longue et de peu de largeur, laquelle est placée à peu de distance des bords de la plaie et dans leur direction, et est maintenue par un bandage unissant, qui sera décrit à l'article des procédés qui conviennent au bec de lièvre, lesquels ont beaucoup de rapport avec celui-ci. Une fronde mise sous le menton assujettit le tout, et le malade est placé dans son lit la tête élevée.

Il faut, pour assurer le succès de l'opération, qu'on

vient de lui faire, qu'il s'abstienne de tout mouvement des lèvres, et qu'il se contente pendant quelques jours de bouillons qu'on lui fera tomber dans la bouche avec un biberon. Si rien ne trouble la guérison, elle est assez avancée au bout de quatre à cinq jours pour n'avoir plus à craindre que les bords de la plaie ne désunissent. Dans le cas où cela arriverait, on réitérerait l'application du même appareil, ou on y substituerait des emplâtres agglutinatifs, qu'on mettrait sur les joues de chaque côté de la plaie, et garnis de cordonnets de fil, qui seraient noués ensemble sur un plumasseau dont la plaie serait couverte, et on recommanderait au malade les mêmes précautions. Quand on juge que le fil qui a servi au point de suture du bord de la lèvre est devenu inutile, on le coupe et on le retire. Enfin, après un temps ordinairement assez court, après celui de huit à dix jours, on a la satisfaction de voir que la consolidation est achevée, et que le malade est guéri, quelque perte de substance que la lèvre ait soufferte, parce que le tissu de cette partie et celui des joues se prêtent à une grande extension. S'il arrivait que la salive qui tombe entre la gencive et la lèvre se glissât à travers l'angle inférieur de la plaie, et qu'elle la rendît fistuleuse, on y remédierait au moyen de l'application d'une parcelle d'emplâtre épispastique, laquelle, avivant les bords de la fistule, permettrait de les rapprocher après

la chute de la petite eschare qu'elle produirait, et permettrait d'en obtenir la consolidation.

Lorsque le cancer des lèvres, au lieu d'en occuper la partie moyenne, se trouve placé au voisinage de leur commissure, ou à leur commissure même, l'extirpation en est encore praticable; mais elle se fait d'une manière un peu différente. On pratique deux incisions qui répondent à sa partie supérieure et à sa partie inférieure, et qui se réunissent en angle vers la joue. Il faut que les bords de la plaie soient rapprochés par deux points de suture entrecoupée, et par des bandes agglutinatives, soutenues avec des compresses et avec un bandage en façon de fronde : la direction de cette plaie, qui est presque transversale, ne permettant pas l'emploi du bandage unissant, si utile ailleurs. Le cas dont il s'agit présente un inconvénient que la négligence pourrait rendre redoutable : c'est la perte de sang qui est fourni en abondance par l'artère labiale, et qui, tombant dans la bouche, peut être avalé en partie par le malade, de sorte qu'on ne s'aperçoive pas de toute l'importance de l'hémorragie. L'opération ordinaire du bec de lièvre, et celle qu'exige le cancer des lèvres, exposent rarement à un pareil accident. Cependant on l'a vu arriver, et Louis en cite un exemple. Le malade, que les bandes empêchaient de parler, avala son sang sans qu'on s'en aperçût. Il est quelquefois survenu des hémorragies à des malades

à qui j'avais extirpé des tumeurs cancéreuses aux lèvres. Je les ai facilement arrêtées avec une compresse d'une épaisseur médiocre, ou d'un morceau d'agaric placé entre la joue et les dents, pour servir de point d'appui à la pression que je faisais exercer au dehors par un aide qui appuyait sur l'appareil. Si les dents manquaient, ainsi que cela peut arriver chez les personnes âgées, on s'en procurerait un avec une lame de plomb mince, que l'on mettrait entre les doubles de la compresse qui doit être placée au dedans de la joue. Dans le cas où ce moyen serait insuffisant, on ferait appuyer sur le tronc de l'artère labiale, que l'on sait monter sur l'arc de la mâchoire, au devant du masséter, et on ferait continuer cette compression jusqu'à ce que le sang cessât de couler.

Parmi les cancers aux lèvres, il y en a dont l'étendue est telle, qu'on ne peut espérer de rapprocher les bords de la plaie qui doit résulter de leur extirpation. Il ne faut pas moins opérer les malades pour prévenir les suites fâcheuses auxquelles un accroissement plus grand de ces tumeurs pourrait donner lieu. Il reste, dans ce cas, aux malades une difformité d'autant plus désagréable, qu'ils ne peuvent retenir leur salive aussi exactement qu'à l'ordinaire, et que souvent ils en perdent la plus grande partie; mais ils vivent, et cette difformité, quand elle est choquante et qu'elle est portée à l'excès, peut être cor-

rigée par l'application d'une mentonnière et d'une lèvre d'argent, peintes en couleur de chair, auxquelles on ajuste des éponges, pour empêcher que la salive ne s'écoule au dehors. Lorsque le cancer de la lèvre est considérable, Fabrice d'Aquapendente préférait l'opération dont il vient d'être parlé à celle dont le but est de rapprocher les lèvres de la plaie, parce qu'il jugeait que cette dernière devait être douloureuse, et que le froncement de la bouche qui lui succède lui paraissait désagréable. Il se servait, pour la faire, d'un couteau de bois dur, bien tranchant, qu'il trempait dans de l'acide nitreux affaibli. Après l'extirpation, il appliquait des topiques adoucissans et relâchans. La plaie guérissait après avoir convenablement suppuré.

Du Cancer aux mamelles.

Le cancer des mamelles est une maladie fréquente, et qui est commune aux deux sexes. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes. Il est souvent la suite d'engorgemens laiteux ou de coups reçus; mais plus ordinairement il est l'effet de dispositions intérieures qui se développent à l'approche de la cessation des règles. Les femmes dont la carnation est belle et la constitution sanguine, en sont plus fréquemment attaquées que les autres. Celles qui ont des affections rhumatismales le sont aussi.

Ce mal commence presque toujours par un engor-

gement partiel dans le sein. Il s'y élève une tumeur dure, globuleuse, et qui, pour le plus souvent, ne donne des indices de sa présence que parce qu'elle se fait sentir au toucher. Cependant elle cause de légers élancemens, semblables à ceux qui résulteraient de coups d'aiguille. A mesure que la tumeur croît, les douleurs sont plus fréquentes et plus fortes. La forme globuleuse reste encore la même, et il n'y a point de changement de couleur à la peau : mais le cordon des vaisseaux lymphatiques qui montent vers le creux de l'aisselle commence à s'engorger, et les mouvemens du bras à devenir difficiles. Bientôt les incommodités que le mal produit sont plus fortes. La masse entière du sein se prend. Il se forme diverses élévations sur la tumeur principale. Les glandes de l'aisselle s'engorgent; elles acquièrent de la dureté, et causent aussi de la douleur. Les veines répandues sur la convexité de la mamelle se dilatent. La couleur de la peau qui répond aux parties les plus élevées de la tumeur prend une teinte rougeâtre, et ensuite violette. Cette peau s'amincit, et paraît prête à percer. Les douleurs deviennent plus vives et plus fréquentes. Le repos des nuits est troublé. Il se fait enfin une ou plusieurs ouvertures sur la partie la plus élevée de la tumeur. Ces ouvertures laissent échapper une humeur âcre qui altère les parties voisines. Elles s'élargissent; leurs bords se renversent; elles offrent l'apparence d'un chou-fleur; les chairs

qui s'en élèvent sont fongueuses ; il en découle de la sanie ; les tégumens qui entourent l'ulcère s'amincissent, et prennent aussi une teinte violette ; la masse entière du sein devient en quelque sorte adhérente aux parties qu'elle couvre. Il survient des hémorragies fréquentes, et les malades périssent de la fièvre lente ou de l'espèce de phthisie qui les consume.

Quelquefois le cancer des mamelles commence par un engorgement général de l'un de ces organes, qui acquiert un volume et une rénitence plus grande qu'à l'ordinaire. La malade n'y sent qu'une douleur tensive. La couleur de la peau n'est point changée ; mais peu après elle devient terne, les veines se tuméfient, le sein prend de la dureté, il fait sentir quelques élancemens. Des tumeurs partielles s'élèvent et se crèvent, et l'ulcère qui survient a l'aspect et cause les maux dont il vient d'être parlé.

Quelquefois aussi ce n'est pas le corps glanduleux de la mamelle qui est affecté. La peau qui la couvre paraît être le foyer du mal. Il s'y forme des tubercules durs dont la couleur est violette, et qui se répandent à quelque distance les uns des autres. Ces tubercules deviennent nombreux. Ils se rapprochent. Les tégumens contractent de la dureté. Ils se froncent et se retirent sur la mamelle desséchée. Le mamelon s'efface. Les glandes de l'aisselle se prennent, et la malade éprouve des élancemens qui ne laissent aucun doute sur le caractère de son mal. Cette es-

pèce de cancer est aussi sujette à s'ulcérer ; mais cela arrive beaucoup plus tard, et le mal ne fait pas des progrès aussi rapides que dans les cas dont il a été parlé.

En général, le cancer des mamelles se présente sous des aspects différens les uns des autres. A peine y en a-t-il quelques-uns qui se ressemblent. Ils varient surtout par la manière de croître. Leur marche est tantôt lente et tantôt prompte, ensorte qu'on ne peut se dispenser de les distinguer en cancers aigus et en cancers chroniques. Les premiers feraient périr promptement les personnes qui en sont attaquées, si l'art ne venait à leur secours. Les seconds causent une infirmité pénible, mais qui ne porte point sur le principe de la vie, et avec laquelle on peut mener sa carrière fort loin. On a vu périr des femmes qui étaient attaquées de ces sortes de cancers ulcérés depuis vingt ans et plus, et qu'on n'avait jamais soupçonnées être atteintes de cette maladie.

Le cancer n'est susceptible de guérison qu'autant que l'espèce particulière de virus dont il est l'effet est concentré dans la partie qui en est affectée, et que cette partie peut être entièrement détruite ou extirpée. Celui des mamelles, qui ne diffère en rien des autres que par le lieu qu'il occupe, ne l'est également que par ces deux circonstances. Il faut donc examiner avec soin les malades, pour savoir si on peut espérer de les guérir, ou s'il faut se contenter

de leur administrer les remèdes, et de les soumettre au régime qui peuvent retarder les progrès du mal, ou rendre les incommodités qu'il produit supportables.

Lorsque la marche du cancer est lente, et lorsqu'il se borne à la mamelle ou à quelqu'une de ses parties, on peut essayer de le guérir. Lorsqu'au contraire elle est rapide, lorsque les glandes de l'aisselle sont engorgées profondément et jusqu'au voisinage des gros vaisseaux, lorsque la peau est tuberculeuse au loin, et lorsque l'amaigrissement de la malade, son tein blême, les douleurs qu'elle ressent en diverses parties du corps, l'aspect des chairs qui s'élèvent des cautères qu'on peut lui avoir faits, indiquent que l'infection cancéreuse s'est communiquée à la masse des humeurs, il faut se contenter de la cure palliative, c'est-à-dire de celle qui est fondée sur les remèdes et sur le régime.

Quelques-uns croient avec Monro, et plus anciennement avec Celse, que l'extirpation du cancer des mamelles est inutile, et que la maladie ne tardera pas à se reproduire à l'endroit de la cicatrice, ou ailleurs. On ne peut disconvenir que cela n'arrive fréquemment; mais aussi il est certain qu'il y a des malades qui trouvent une guérison radicale dans la destruction ou dans l'extirpation des cancers. Je n'emprunterai l'expérience de personne pour le prouver. Il existe des malades que j'ai opérées depuis

long-temps. L'une d'elles l'a été il y a trente-deux ans. Son sein était fort gros, et les douleurs lancinantes qu'elle y sentait se répétaient souvent. Une autre s'est soumise deux fois à l'opération, qui a été cruelle, vu la grosseur de la masse à emporter. Elle a joui dix ans de sa bonne santé. Depuis cinq qu'elle a été opérée pour la seconde fois, elle se porte bien. De même un officier, qui avait une tumeur cancéreuse à la mamelle, s'est soumis trois fois à l'opération en différens temps. Sa santé est aussi fort bonne.

La destruction du cancer peut s'opérer au moyen du caustique. Si on entame la peau qui le couvre, soit en entier, soit seulement en faisant une espèce de tranchée autour de la tumeur glanduleuse, on peut attaquer cette glande elle-même ou la détacher de ses adhérences et la faire tomber. Il y a eu de temps en temps des personnes qui ont adopté ce procédé, parce qu'elles étaient persuadées qu'il mérite la préférence sur l'extirpation avec l'instrument tranchant, ou parce qu'elles n'avaient d'autre vue que celle de capter la confiance des malades, dont la plupart redoutent l'usage du fer. Le moindre inconvénient qui en résulte, est la douleur excessive, qui se prolonge à raison du volume de la tumeur. Il est à craindre en outre que l'humeur cancéreuse, devenue plus active par le mouvement intestin que le caustique excite dans les parties soumises à son action, ne se développe avec plus de force, et ne

fasse des progrès beaucoup plus rapides que ceux qu'elle aurait faits, sans parler du danger des caustiques, dont les applications ne peuvent être répétées sans que quelques-unes de leurs particules pénètrent dans la masse des humeurs, et y produisent des ravages proportionnés à leur quantité et à leur qualité.

Il vaut donc mieux extirper le cancer des mamelles. Cette opération, si simple dans tous les cas, se pratique d'une manière différente, suivant les circonstances sous lesquelles le mal se présente. Ou c'est une grosse glande d'un volume médiocre ou même un peu considérable, mais sans altération à la peau, ou la tumeur occupe toute la mamelle avec une grande extension et amincissement de la peau, ou la peau même est altérée ou détruite, parce que cette tumeur est plus ou moins ulcérée, ou enfin il se joint à la maladie principale un engorgement considérable dans les glandes qui avoisinent l'aisselle.

1.° Lorsqu'il ne faut qu'extirper une glande couverte par des tégumens sains, on procède comme il suit. La malade assise sur une chaise assez élevée, appuyée sur la poitrine d'un aide placé derrière elle, contenue par d'autres aides, garnie d'une suffisante quantité de linge, le chirurgien, placé vis-à-vis d'elle, élève les tégumens en leur faisant faire un pli transversal qu'il donne à contenir à quelqu'un, afin de

pouvoir le couper, et fait une incision qui tombe de haut en bas, et dont l'étendue est proportionnée au volume de la tumeur. Pour le plus souvent il tend les tégumens avec le doigt du milieu et le pouce de la main gauche, et coupe sur le mal même. La glande mise à découvert, il ne s'agit plus que de la détacher avec une airigne double, ou, pour plus de commodité, avec une pince dont les branches se terminent chacune par une double airigne; et, l'attirant à lui, il détruit ses adhérences et il l'emporte. Pour assurer davantage le succès de son opération, il introduit les doigts dans la plaie, et cherche s'il ne serait pas demeuré profondément quelque portion glanduleuse, ou simplement graisseuse, qui eût contracté de la dureté. S'il s'en trouve, il la saisit avec la pince et l'extirpe aussi. S'il n'y en a pas, l'opération est achevée. La plaie fournit du sang pendant quelques instans. On la nettoie avec une éponge trempée dans de l'eau tiède ou froide, après quoi on en rapproche et on en maintient les bords au moyen de bandes agglutinatives, et on la couvre avec de la charpie sèche, par-dessus laquelle on met quelques compresses, et une serviette qui fait le tour du corps. Ce bandage est médiocrement serré, et il est contenu avec un scapulaire.

Dans le cas où la tumeur est déjà parvenue à un certain volume, une incision en long ne suffit pas pour la mettre à découvert : il faut lui donner la

forme d'un T ou la rendre cruciale, détacher les lambeaux des tégumens, et opérer pour le reste comme il vient d'être dit. Le pansement alors n'est pas aussi simple, et la guérison n'est pas aussi prompte. Il reste un vide plus ou moins profond qu'il faut remplir avec de la charpie, et qui doit suppurer. Cependant il faut rapprocher la peau avec soin, et la maintenir ou avec des compresses, ou, ce qui vaut mieux, avec des bandes agglutinatives, pour que la plaie conserve les plus petites dimensions qu'elle puisse avoir. Le reste se fait comme il a été dit.

2.° Lorsque la tumeur occupe une grande partie de la mamelle ou cet organe tout entier, et que la peau qui la couvre est tendue ou amincie, on essaierait en vain de la conserver. Cette peau, en quelque sorte désorganisée et privée du tissu cellulaire qui la soutient, ne peut plus se recoller aux parties sur lesquelles on l'applique : elle se roule sur elle-même, entretient la suppuration de la plaie, et prolonge la cure. Il faut donc en emporter la plus grande partie avec la tumeur. On est, à plus forte raison, dans cette nécessité lorsqu'elle est devenue cancéreuse, ou lorsqu'elle est en partie détruite, comme il arrive dans le cancer ulcéré. Dans ces cas, l'opération est plus grave et plus importante. La malade située, retenue et garnie comme il a été dit, le chirurgien saisit la tumeur de la main gauche, et la soulève afin de tendre les tégumens du côté où il va

commencer l'incision. Autrefois on traversait la masse cancéreuse avec une forte aiguille armée d'un cordonnet de fil, dont les bouts, unis en anse, servaient à la soulever. Quelques-uns plaçaient deux cordonnets de cette espèce, en traversant une seconde fois la tumeur, de manière que les cordonnets fussent disposés en croix. On crut avoir beaucoup gagné, au commencement du siècle dernier, d'avoir fait construire de grandes tenettes, dont les branches, tournées chacune en demi-cercle, et fort aiguës à leurs extrémités, saisissaient la tumeur dans l'épaisseur de laquelle ces pointes s'enfonçaient. Les tenettes dont il s'agit sont appelées helvétiennes, du nom de Helvétius, médecin de réputation, qui les a inventées. On les voit encore recommandées dans Garengeot. Cependant il n'ignorait pas que l'on peut s'en passer, et il a décrit la partie de l'opération, qui consiste à écarter la tumeur de dessus les côtes, comme je viens de le faire.

L'incision qu'il convient de pratiquer est assujettie à un petit nombre de règles : 1.° cette incision doit être telle, que l'on conserve, le plus qu'il est possible, de la peau qui est à la base de la tumeur, afin que la perte de substance soit moins grande, la plaie moins étendue, la suppuration moins abondante et moins longue; 2.° le tranchant du bistouri doit être porté de manière qu'il coupe perpendiculairement, et non pas en dédolant, pour que la plaie

soit moins douloureuse; car la peau étant de toutes les parties du corps celle dont la sensibilité est la plus exquise, si elle était coupée en talus, la plaie que l'on y fait présenterait plus de surface; 3.° l'incision doit avoir une forme qui réponde aux dimensions de la tumeur, et plutôt oblongue que ronde, parce que de toutes les plaies, celles qui présentent la dernière disposition sont les plus longues à guérir; 4.° enfin elle doit être faite en entier avant de penser à détacher la masse cancéreuse d'avec les parties auxquelles cette masse adhère. De cette manière l'opération est moins fâcheuse aux malades, qui souffrent peu lorsqu'il n'y a plus que du tissu cellulaire à couper, et on est plus sûr de ménager les tégumens autant qu'on se l'est proposé. L'incision achevée, rien n'est plus facile que de se débarrasser de la partie malade. Le tissu cellulaire qui la fixe au grand pectoral se laisse aisément diviser, et elle tombe promptement dans les mains du chirurgien.

Souvent il arrive que les graisses qui avoisinent cette masse participent de ses caractères : elles ont une teinte jaunâtre et sont endurcies. Bientôt elles deviendraient le noyau d'une nouvelle tumeur qui reproduirait la maladie. Ces graisses ne peuvent donc être emportées avec trop d'exactitude. Le chirurgien les reconnaît aisément à leur couleur, et à la forme globuleuse qu'elles présentent, et surtout

à la rénitence qui leur est particulière. Il les saisit avec les pinces, qui sont extrêmement commodes pour cette partie de l'opération, et il les extirpe. Cela fait, il ne reste plus qu'à se rendre maître du sang et à panser la plaie. Il est rare que l'extirpation des glandes, ou celle du corps des mamelles devenues cancéreuses, soit suivie d'hémorragie de quelque conséquence. Cependant j'en ai vu survenir une très-grave à l'occasion d'une glande qui n'était pas plus grosse qu'une noix ordinaire. Cette glande était située profondément : elle recevait sans doute quelque grosse branche des mammaires externes, ou l'une de ces artères avait été atteinte par le tranchant du bistouri. Le sang sortit avec une grande impétuosité ; le jet en était fort gros, et cette hémorragie inattendue me donna beaucoup de peine à arrêter. Il n'en est rien résulté de fâcheux.

On pourrait en quelques occasions prévenir un pareil accident par un moyen fort simple. Une femme à qui j'allais extirper une mamelle qui avait acquis un volume très-considérable, me fit toucher un des points de la circonférence de cette tumeur, où elle s'était aperçue de battemens semblables à ceux du pouls, et qui se faisaient sentir dans un espace assez long. Je connus qu'ils étaient produits par une artère d'un assez gros calibre. Une incision préliminaire de vingt-sept millimètres environ de

longueur mit un des points du trajet de cette artère à nu, et me permit de la lier, en passant une aiguille par dessous. Je procédai au reste de l'opération sans qu'il y eût de perte de sang. Si je n'eusse pas été averti, cette artère aurait pu en donner beaucoup; il eût été facile de la faire comprimer avec le doigt, qu'un aide aurait posé dessus pendant l'opération; mais peut-être l'aurait-il été moins ensuite de la lier avec des pinces, parce qu'elle se serait retirée dans les chairs. C'est la seule ressource qui se présente lorsque les vaisseaux sont un peu gros. S'il y a trop de difficulté à les saisir, on peut appliquer dessus un morceau d'agaric, ou, ce qui vaut mieux, un bouton de sulfate de cuivre qui soit contenu par un appareil un peu plus serré qu'à l'ordinaire. Lorsque les vaisseaux sont petits, le sang s'arrête pour ainsi dire de lui-même. On nettoie la plaie avec une éponge trempée dans de l'eau froide: et après avoir attendu quelque temps pour bien s'assurer qu'on n'est pas menacé d'hémorragie, on panse avec des boulettes de charpie sèche, un gâteau fait de même avec de la charpie, des compresses, une serviette et un scapulaire ou une bande. Ce dernier moyen est préférable lorsqu'on a sujet de craindre qu'il ne vienne du sang; mais il est fort incommode aux maladies, à raison de la pression plus forte qui s'exerce sur la poitrine, et qui gêne beaucoup la respiration.

3.° Lorsqu'il se joint à la maladie principale un engorgement notable dans les glandes situées auprès de l'aisselle, et que le lieu qu'occupent ces glandes permet de les extirper, il faut, après avoir emporté la masse du sein, prolonger l'ouverture des tégumens par une incision pratiquée sur leur trajet, soit en les soulevant pour leur faire faire un pli, soit à l'aide d'une sonde cannelée. Ces glandes sont ensuite saisies et détachées. Cependant, si le volume en est considérable, il vaudrait mieux les isoler du reste des tégumens, et faire une ligature à leur base. En opérant ainsi, on évite d'ouvrir des vaisseaux qui pourraient fournir une hémorragie considérable, et on remplit également le but que l'on se propose; car ces glandes ainsi liées ne reçoivent plus de nourriture, et elles se détachent par la suppuration.

L'opération achevée, la malade est remise dans son lit, et placée dans une situation commode, et on pourvoit à son régime, dont la sévérité répond à la gravité de l'opération qui vient d'être pratiquée. Si on n'a extirpé qu'une glande d'un volume médiocre, on peut lui permettre de légers alimens dès les premiers jours. Si cette glande est considérable, et surtout s'il a fallu emporter toute la masse du sein, comme il doit survenir une inflammation et une suppuration proportionnées à l'étendue de la plaie, elle doit être tenue au bouillon et aux bois-

sons délayantes et adoucissantes, jusqu'à ce que la fièvre de suppuration soit entièrement dissipée, et que la plaie soit bien dégorgée, ce qui n'arrive pas avant le dixième ou le douzième jour. On est souvent obligé de relâcher l'appareil quelques heures après l'opération, et on doit se prêter à procurer ce soulagement aux malades, lorsqu'il n'y a plus de crainte d'hémorragie. Les suintemens commencent dès le troisième jour. Ils sont déja abondans le quatrième ou le cinquième, et permettent de changer la serviette et les compresses qui ont pris une très-mauvaise odeur. Le reste de l'appareil, c'est-à-dire la charpie qui couvre immédiatement la plaie, ne tombe guère avant le sixième jour. Il serait imprudent et inutile de chercher à l'ôter plus tôt. Ce procédé serait douloureux, et n'avancerait pas la guérison : le temps nécessaire à l'établissement d'une suppuration louable et au dégorgement de la plaie est le même, de quelque façon que l'on se conduise ; et, puisqu'on ne peut l'accélérer, il est inutile de fatiguer la malade par des pansemens anticipés.

Ceux que la circonstance exige sont extrêmement simples. La plaie est couverte de charpie sèche et molle, laquelle doit être soutenue par des bandelettes étroites d'emplâtres qui se croisent par-dessus, et dont les extrémités, se collant aux tégumens sains qui avoisinent la plaie, empêchent cette charpie de se déranger. Les compresses et la serviette sont

appliquées par-dessus. Si on éprouve quelque difficulté à les détacher par les bords, on a soin à chaque pansement d'oindre la circonférence de la plaie avec de l'huile que l'on étend dessus, au moyen d'un pinceau de cheveux. Dans la suite, lorsque les chairs paraîtront monter, on les réprimera avec le nitrate d'argent. Enfin on verra la plaie s'affaisser et se rétrécir, et la cicatrice avancer de la circonférence au centre. Si les circonstances permettent d'en rapprocher les bords avec des emplâtres agglutinatifs, on fera usage de ce moyen, qui, changeant la forme de la plaie, et lui donnant celle d'un ovale allongé, en rend la guérison plus prompte.

Il arrive assez souvent que cette guérison est troublée par le développement de quelque portion glanduleuse infectée de virus, qui n'a pu être emportée avec les autres. On voit alors s'élever d'un des points de la plaie un tubercule plus ou moins gros, qui a tous les caractères du cancer, et qui prend un accroissement rapide, Il faut le détruire de bonne-heure, soit en l'extirpant avec le bistouri, soit en le touchant avec un bouton de feu qui le consume. J'ai fait usage du premier de ces procédés avec succès, à la suite de l'extirpation d'une tumeur cancéreuse au sein. Il s'éleva quinze ou vingt jours après l'opération une tumeur aussi grosse que celle que j'avais emportée, excessivement dure, et qui faisait déjà sentir des douleurs lancinantes. La malade,

pleine de courage, s'aperçut du nouveau danger qui la menaçait, et me demanda si je ne pouvais pas le faire cesser. Il fallait pratiquer une opération aussi grave que la première. Elle s'y soumit, et elle a guéri.

Je n'ai pas employé le feu dans la circonstance dont je parle ; mais je m'en suis servi si utilement dans un cas analogue, que ce fait peut encourager à y avoir recours. Il se manifesta, quelques jours après l'extirpation d'un testicule squirreux qui commençait à causer de forts élancemens, une tumeur fongueuse assez grosse à l'extrémité du cordon spermatique. Cette hypersarcose fut couverte avec une poudre arsénicale dont j'ai parlé à l'article des ulcères dartreux du visage, et dont on se sert avec avantage pour les ulcères de la face. Loin d'en être réprimée, elle crut avec une sorte de fureur. J'employai une seconde fois le même caustique avec aussi peu de succès. Voyant que le mal se reproduisait, je me déterminai à brûler, avec un fer rougi au feu, que je portai profondément, et que je laissai éteindre sur la partie. L'eschare se détacha au bout de quelques jours; mais la fongosité ne revint plus, et le malade guérit. Je l'ai connu bien portant plus de quinze ans après son opération.

Quelquefois, au lieu d'une tuméfaction partielle en un des points de la plaie, cette plaie entière prend un mauvais aspect. Les chairs en sont bla-

fardes, les bords usés et durs. Elle n'avance pas vers la guérison. Si cela arrive sur la fin, et lorsqu'elle est déjà fort diminuée, il convient d'y placer un ou plusieurs gros pois, pour y former une espèce de cautère qui peut retarder la perte de la malade.

Si rien de tout cela n'a lieu, et que la plaie paraisse disposée à se fermer, il reste une précaution à prendre; c'est d'établir un cautère à l'un des bras, en supposant que cela n'ait pas été fait avant l'opération, afin de déterminer une partie de l'humeur qui a donné naissance à la maladie à se porter au dehors.

Du Cancer au testicule.

Que le cancer au testicule ait son siége dans cet organe qui augmente de volume et qui acquiert une dureté squirreuse, ou qu'il dépende de fongosités qui se sont élevées à sa surface, ou de l'engorgement de l'épididyme, sans que sa propre substance soit altérée, ainsi que cela arrive quelquefois, cette maladie exige qu'on procède à l'extirpation, si on veut conserver la vie de la personne qui en est attaquée. Cette opération n'est pas moins nécessaire lorsque le testicule a été exposé à une contusion grave, lorsqu'il s'y est formé des ulcères fongueux, ou que le squirre qui s'y est formé se complique d'hydrocèle dans la tunique vaginale ou sous la tunique albu-

ginée. Si donc, à la suite d'un coup sur les bourses, il survient un gonflement considérable avec effusion de sang dans la tunique vaginale, et si, ayant ouvert cette tumeur pour en faire sortir le sang épanché, on trouve le testicule déchiré, froissé, contus et en quelque sorte désorganisé, on ne peut se dispenser de le retrancher. Il faut se conduire de même, lorsqu'à la suite d'un abcès occasionné par une lésion quelconque ou produit par une cause intérieure, il sort de l'ouverture de cet abcès des chairs fongueuses qui se boursoufflent et se renversent de côté et d'autre, et qui rendent un pus séreux et mal digéré. L'opération n'est pas moins nécessaire dans le cas d'hydro-sarcocèle, surtout si des douleurs lancinantes viennent se joindre à l'une de ces maladies, et annoncent qu'elle prend un caractère carcinomateux. Les plus fréquentes sont, la tuméfaction squirreuse du testicule, à laquelle on a donné le nom de sarcocèle, parce qu'elle a quelque ressemblance avec les hernies et l'hydro-sarcocèle. Tant que le progrès de ces tumeurs est peu considérable, on doit tenter de les guérir par un régime sain, par des applications émollientes et résolutives, et par l'usage intérieur des fondans mercuriaux combinés avec les purgatifs. En procédant ainsi, on parvient quelquefois à résoudre l'engorgement, ou du moins à le borner de manière qu'il n'augmente plus, et qu'il reste stationnaire. Alors il n'apporte presque point de déran-

gement dans la santé, surtout si le malade a l'attention d'observer un régime sain, d'éviter les exercices violens, de ne pas faire d'excès avec les femmes, et de soutenir les testicules avec un suspensoire qui prévienne les tiraillemens que sa pesanteur doit causer.

Lorsque la castration paraît le mieux indiquée, l'état du cordon spermatique demande beaucoup d'attention. S'il est engorgé jusqu'à l'anneau, et qu'en même temps il soit dur, inégal, sensible au toucher, et que le malade se plaigne de douleurs qui s'étendent vers la région des lombes, on ne doit pas se hasarder à faire cette opération. Il faut à plus forte raison s'en abstenir lorsque le malade a le teint livide et plombé, lorsque sa peau est sèche et brûlante, et lorsqu'il est émacié par une fièvre habituelle. Si au contraire le cordon n'est que médiocrement gros, si le malade n'y ressent pas de douleurs, ou que celles qu'il éprouve se calment par le repos et par l'usage du suspensoire, et que son aspect soit sain, on peut espérer un heureux succès. Il est rare en effet que le testicule soit malade sans que le cordon augmente de volume, soit parce que ses vaisseaux deviennent variqueux, soit parce que ses membranes s'épaississent. Le célèbre La Peyronnie a fait l'extirpation du testicule à un homme qu'il venait d'opérer d'une hernie avec gangrène, quoique l'engorgement de cet organe s'étendît le long du

cordon spermatique, dont la grosseur était telle, qu'il avait cinquante-quatre millimètres de diamètre. Il s'éleva de l'extrémité de ce cordon un tubercule fongueux qu'il fallut extirper par la ligature. Le succès répondit à la sage hardiesse du chirurgien. D'ailleurs il est plusieurs fois arrivé que la grosseur du cordon ait été occasionnée par une portion d'intestin ou d'épiploon qui s'y était glissée. Aussi Garengeot, et Sharp après lui, donnent-ils le conseil de l'ouvrir lorsqu'il est tuméfié, afin d'éviter de comprendre ces viscères dans l'anse de la ligature.

Le procédé de la castration est fort simple. Tout ayant été disposé pour cette opération et la partie étant rasée, on fait coucher le malade sur le côté droit de son lit, quel que soit le testicule qu'il s'agit d'emporter. Si la tumeur est médiocrement grosse, et qu'elle ne soit pas ulcérée, le chirurgien soulève les tégumens qui répondent à sa partie supérieure avec le pouce et le doigt indicateur de ses deux mains, de manière à leur faire faire un pli transversal. Il fait tenir ce pli par un aide placé à la gauche du malade, et il le tient lui-même de son côté, puis il le coupe jusqu'à sa base avec un bistouri à tranchant convexe, et il continue d'inciser de haut en bas. Au lieu de procéder de cette manière, on peut également bien tendre les tégumens entre le pouce et le doigt du milieu de la main gauche, et les couper en portant le tranchant du bistouri sur la tumeur.

Si l'incision qu'on vient de faire n'a pas assez d'étendue, on la prolonge en haut et en bas, au moyen d'une sonde cannelée et pointue qu'on introduit sous la peau, comme dans l'opération de la hernie, jusqu'à ce que d'une part on se soit élevé vis-à-vis la partie supérieure de l'anneau, et que de l'autre on soit descendu jusqu'à la partie inférieure de la tumeur. Cette précaution est utile en ce qu'elle permet d'opérer sur le cordon plus aisément que s'il était caché sous les tégumens, et qu'elle prévient les collections de pus qui pourraient se faire dans le tissu des bourses, s'il y restait un vide en forme de cul-de-sac d'où il ne pût s'écouler. Si la tumeur est grosse, ulcérée, et que les tégumens qui la couvrent se trouvent aussi amincis, et d'une couleur différente de celle qui leur est ordinaire, il faut faire sur la tumeur même, et sans les élever en pli, deux incisions en forme de croissant, allongées, qui se regardent par leur concavité, et qui circonscrivent un lambeau qui sera enlevé avec le testicule, sans en être détaché.

De quelque manière qu'on ait incisé les tégumens, il faut mettre le cordon à nu en coupant le tissu cellulaire et graisseux qui le couvre, à l'aide d'une pince à disséquer qui écarte ce tissu, ou d'une sonde cannelée qui en soulève les feuillets, mais sans isoler le cordon. Au contraire, il vaut mieux lui conserver ses adhérences. Lorsqu'il paraît plus gros qu'il ne

doit l'être, on cherche si cette augmentation de volume n'est pas due à quelque portion d'intestin ou d'épiploon qui se soit glissée dans son épaisseur; après quoi on le soulève avec le pouce et le doigt indicateur de la main gauche, pour passer derrière lui, à quelque distance de l'anneau, une aiguille courbe ordinaire, armée d'un lien de fil qui doit rester sans usage pour le moment, mais qui pourrait devenir bien utile dans la suite, si le procédé dont on va se servir pour arrêter l'hémorragie manquait son effet. Ce lien d'attente placé, on fait saisir le cordon spermatique aussi bas qu'il est possible par l'aide qui a soutenu le pli des tégumens, on lui recommande de le serrer entre les doigts, on le coupe en travers avec le bistouri au dessous de l'endroit comprimé, et on procède à la séparation et au retranchement du testicule. Lorsque le tissu cellulaire est lâche, on peut le déchirer avec les doigts; lorsqu'il est serré, on le coupe avec le bistouri, avec l'attention de ménager les tégumens, et surtout l'urèthre, dont ce corps s'approche quelquefois, et avec lequel je lui ai vu de fortes adhérences dans des cas où il avait acquis beaucoup de volume, et où il avait contracté une dureté carcinomateuse qui s'étendait en quelque sorte sur le tissu cellulaire et graisseux dont ce conduit était entouré.

Le testicule ôté, le chirurgien fait usage du moyen qu'il a choisi pour se rendre maître du sang que le

cordon spermatique pourrait fournir. Ledran voulait que ce cordon fût froissé et contus entre les doigts avant qu'on le coupât, et il croyait que ce procédé, analogue à celui que les femelles des quadrupèdes emploient pour couper le cordon ombilical de leurs petits, suffisait pour prévenir l'hémorragie. Depuis on a employé la compression avec succès. Pour la faire, on garnit de tous côtés l'extrémité du cordon avec des bourdonnets un peu fermes, et après lui avoir procuré un point d'appui suffisant, on en matelasse le bout avec des bourdonnets semblables, que l'on contient au moyen d'un appareil méthodiquement appliqué. On s'est aussi servi de la ligature. On la pratiquait en passant une seconde aiguille derrière le cordon, le plus près du testicule qu'il est possible, pour placer un autre lien avec lequel on embrassait toute son épaisseur, et qu'on nouait quelquefois sur une compresse interposée, et quelquefois sur le cordon même. On coupait ensuite, mais un grand travers de doigt au dessous, sans quoi le cordon venant à fuir sous la pression, la ligature n'aurait porté que sur le tissu folliculeux qui lui sert de gaîne, et le sang se serait épanché dans ce tissu, et l'aurait gonflé jusque dans l'intérieur du ventre. Les douleurs qui résultent de ce procédé, et le spasme convulsif des mâchoires, maladie nerveuse, et presque décidément mortelle, qui a souvent lieu à la suite de l'opération dont il

s'agit, l'ont fait abandonner. On a pensé qu'il suffisait de lier les vaisseaux sanguins, et qu'il était inutile de comprendre dans l'anse de la ligature des parties dont la sensibilité paraît exquise. Il a été d'autant plus facile d'en agir ainsi, que les vaisseaux semblent sortir de l'extrémité du cordon coupé, soit parce qu'ils s'allongent en effet, comme on a cru l'avoir vu ailleurs, soit que le tissu qui les enveloppe se retire plus qu'eux. Quoi qu'il en soit, le chirurgien fait un peu relever le cordon; il recommande à l'aide qui le tient de le serrer un peu moins, afin de voir sortir le sang, et de mieux distinguer les vaisseaux, qui le fournissent; puis il saisit le bout de ces vaisseaux avec une pince à disséquer, garnie d'un gros fil ciré noué d'un nœud simple, qu'il fait glisser sur eux, soit avec les doigts, soit avec un stylet boutonné. Quand il juge que le fil est bien placé, il en fait serrer le nœud par un autre aide, et en fait faire un second par-dessus. Cela fait, il retire la pince et nettoie la plaie avec une éponge trempée dans de l'eau tiède, pour voir si quelque autre vaisseau ne donne pas de sang. On craint beaucoup ceux qui arrosent la substance celluleuse interposée entre les testicules, et qui est connue sous le nom de cloison du dartos. Dans le cas où une ou plusieurs artères de cette cloison seraient ouvertes, on les saisirait de même avec la pince garnie de fil, et on en ferait la ligature. Ce moyen simple, et sans

inconvénient, met le malade et le chirurgien à l'abri de toute inquiétude pour l'avenir, et doit paraître préférable à la compression, dont l'effet n'est pas aussi sûr, et qui exige des attentions dont tous les chirurgiens ne sont pas capables, et un repos que tous les malades ne peuvent garder.

Il ne reste plus qu'à panser la plaie. Cependant il faut examiner avant quel est l'état des tégumens qui couvraient la tumeur. Lorsqu'ils ont été amincis, et qu'ils ont perdu le tissu cellulaire dont ils étaient pour ainsi dire tapissés intérieurement, ils ne peuvent plus se coller aux parties voisines. Si on les laisse, ils se roulent sur eux-mêmes, s'endurcissent et forment des callosités qui retardent la guérison, et qui s'y opposent quelquefois. Cet inconvénient ne peut guère avoir lieu lorsqu'on a opéré par la double incision, qui laisse sur la tumeur un lambeau de peau qu'on emporte avec elle. Mais, lorsque les tégumens n'ont été que fendus, il est possible qu'il faille en retrancher une partie. On y procède avec le bistouri, après les avoir fait soutenir d'un côté par un aide, et les avoir tendus soi-même de l'autre avec les doigts de la main gauche. La plaie est ensuite remplie et couverte de charpie, par-dessus laquelle on met des compresses de forme longue, une autre compresse fendue et trouée, pour servir de couvre-bourse, et un large suspensoire, et le malade est placé au milieu de son lit, sur lequel il

doit rester la tête et la poitrine un peu élevées, et les cuisses et les jambes fléchies ; un rouleau placé sous les genoux rend cette position moins incommode. Enfin, si on s'aperçoit que le malade mouille son appareil en urinant, on le couvre avec un morceau de toile ou de taffetas ciré, percé en son milieu pour laisser passer la verge. Lorsque les accidens inflammatoires sont dissipés, et que les suintemens séreux qui précèdent la suppuration commencent à être abondans, on renouvelle les pièces extérieures de l'appareil; celles qui sont intérieures sont laissées en place jusqu'au neuvième ou dixième jour, temps où la suppuration est bien établie. Peu après, les ligatures tombent; on ôte le lien qui avait été placé provisoirement sous le cordon, et on favorise la suppuration par tous les moyens d'usage.

Il est quelquefois arrivé que, le cordon étant malade, on ait été obligé de le lier fort haut, ou qu'il se soit trouvé étranglé dans l'anneau, dont il a fallu couper le pilier interne pour faire cesser cet accident. Bertrandi rapporte qu'il a vu un malade sur lequel on a employé ce procédé, sans dire quel en a été le succès. Garengeot le recommande dans tous les cas, sans doute dans la vue de prévenir l'étranglement que l'anneau doit produire sur le cordon, lorque celui-ci vient à se tuméfier. La Faye et Ledran le prescrivent aussi, mais avec restriction. Il ne peut être indifférent de diviser une

des bandelettes aponévrotiques, au moyen desquelles le muscle grand oblique vient se fixer au pubis. Peut-être doit-il en résulter des tiraillemens et une inflammation qui s'étendent jusque sur les parties intérieures du bas-ventre. La manière dont on fait à présent la ligature du cordon dispense d'avoir recours à ce moyen ; parce que, ne portant que sur les vaisseaux sanguins qui entrent dans sa composition, cette ligature n'est pas suivie d'un engorgement et d'une augmentation de volume aussi considérables que celle qui comprenait toute son épaisseur.

Du Cancer de la verge.

Lorsqu'à la suite de chancres vénériens mal traités la verge devient carcinomateuse, et que la maladie ne s'étend pas jusqu'à sa racine, ou qu'elle n'est pas compliquée avec l'engorgement des glandes des aines, on ne peut se dispenser de l'amputer. Cette opération est aussi recommandée dans le cas d'affection gangreneuse ; mais elle n'est pas nécessaire alors : car si la gangrène est bornée, les parties qu'elle attaque se séparent d'elles-mêmes. Si au contraire le mal fait encore des progrès, l'extirpation ne l'empêche pas de s'étendre plus loin. L'amputation de la verge pourrait offrir une ressource utile en quelques autres circonstances. Peut-être aurait-elle sauvé la vie au jeune homme dont il est parlé

dans les annotations anatomiques d'Albinus. On lui avait plié la verge avec force dans le moment d'une violente érection. Il y survint peu à peu une tumeur qui n'altérait pas la couleur de la peau, et qui n'empêchait pas qu'elle ne glissât aussi librement qu'à l'ordinaire. La pression la faisait disparaître en entier dans les commencemens, mais dans la suite cette tumeur ne s'effaçait qu'en partie. Comme elle avait assez de mollesse, on la prit pour un abcès, et on jugea à propos d'y appliquer des maturatifs qui la firent augmenter de volume. On se détermina à l'ouvrir, contre l'avis d'Albinus. Il en sortit beaucoup de sang qu'on eut de la peine à arrêter, et le jeune homme mourut en peu de jours, par des hémorragies lentes qui se succédèrent. On trouva, par la dissection, que la maladie était un anévrisme du corps caverneux, maladie qu'on aurait dû reconnaître plus tôt, puisque la tumeur était molle, flasque, et peu considérable lorsque la verge était sans action, et qu'elle devenait plus ferme et plus grosse lorsque la verge roidissait.

Quelques-uns, au lieu d'amputer la verge, conseillent de l'extirper au moyen d'une ligature qu'ils font autour de ce corps, après avoir placé une canule dans l'urèthre, ou avoir introduit une algalie dans la vessie. Ce fut ainsi qu'on opéra le paysan dont parle Ruisch dans ses observations. La première ligature fut douloureuse. On en fit une seconde

pour accélérer la mortification. La partie fut enveloppée avec une vessie mouillée pour recevoir les urines et empêcher l'odeur. Le cinquième jour, le membre était mort; on le retrancha avec le bistouri sans qu'il survînt d'hémorragie. Deux autres jours après, on ôta la sonde, devenue inutile par la chute du cordon avec lequel on avait lié. Un de mes éleves m'a dit autrefois avoir vu opérer de cette manière avec succès. Heister et Courcelles la recommandent comme préférable à l'amputation. Ce sont peut-être ses succès, dans des cas de gangrène, qui en ont fait porter un jugement aussi favorable. Dans ceux de carcinome, elle doit causer les douleurs les plus vives, comme il arrive toutes les fois que les ligatures portent sur les tégumens. On pourrait les couper avec le bistouri ou les entamer avec un cordon de fil de coton trempé dans de l'acide nitreux, avant de lier le corps caverneux et l'urèthre : mais ce serait deux opérations pour une, et cette façon d'extirper la verge serait peut-être encore fort douloureuse.

Il vaut mieux l'emporter avec le bistouri. Le malade étant couché sur le bord droit de son lit, le chirurgien saisit la verge de la main gauche avec l'attention de tirer les tégumens vers le gland, et il retranche la partie d'un seul coup. Il introduit ensuite une algalie jusque dans la vessie. S'il manquait à ces précautions, il serait possible que le corps caverneux et l'urèthre se retirassent avec force du côté

du pubis, et que la peau, se repliant sur elle-même, bouchât l'ouverture de l'urèthre, et devînt un obstacle insurmontable à la sortie des urines. Ledran a vu cet inconvénient arriver. Il fallut appuyer le doigt sur le lieu malade à plusieurs reprises, pour sentir le point où les urines faisaient effort pour sortir. On y porta la pointe d'une lancette, et l'ouverture, qui avait été faite avec cet instrument, fut entretenue au moyen d'une canule.

L'amputation de la verge est quelquefois suivie d'une effusion de sang assez considérable. Je l'ai vu s'échapper avec force de la veine honteuse moyenne et des artères qui rampent sur les parties latérales et supérieure du corps caverneux, et sourdre du tissu spongieux qui remplit ce corps et de celui de l'urèthre. Ce sang a été bientôt arrêté par l'application d'un fer prêt à rougir, avec lequel je touchai la surface de la plaie, dans la vue de détruire les points carcinomateux qui auraient pu n'avoir pas été emportés. Dans une occasion où je m'étais contenté d'un appareil compressif, je l'ai vu se porter dans la vessie, et ressortir mêlé avec les urines qu'il teignait fortement. Surpris d'un événement aussi peu attendu, je levai l'appareil, et je vis bientôt que ce sang, fourni par une artère du tissu spongieux de l'urèthre, coulait entre ce canal et la sonde. Je l'arrêtai avec une mèche de charpie dont j'entourai cet instrument en manière d'écharpe, et que je poussai jusque sur l'endroit d'où il sortait.

En général, les hémorragies de cette espèce doivent être arrêtées comme les autres. Si les vaisseaux d'où vient le sang sont gros, il est prudent d'y faire autant de ligatures qu'il s'en présente. On se sert pour cela d'une pince à disséquer qui traverse le nœud du fil dont on va se servir, comme lorsqu'il s'agit de lier les vaisseaux spermatiques après le retranchement du testicule. Si les vaisseaux sont d'un petit calibre, ou que le sang suinte du corps caverneux comme d'une éponge, il faut l'arrêter avec les styptiques aidés de la compression. Un plumasseau assez épais trempé dans une dissolution aqueuse de sulfate d'alumine, et fortement exprimé, est appliqué sur la surface de la plaie. Ce plumasseau est contenu par un autre qui est sec, et celui-ci par les doigts d'un aide. Lorsque le sang est arrêté, on met des compresses fendues, dont les chefs sont croisés sur les bourses, et le tout est assujetti par un bandage en double T, ou par des languettes de linge garnies à leur extrémité d'une substance emplastique un peu collante, telle que de la gomme ammoniaque dissoute dans du vinaigre, et épaissie au bain-marie jusqu'à consistance de miel. Il est quelquefois utile de couvrir cet appareil avec une espèce de trousse-bourse de toile ou de taffetas ciré, pour empêcher qu'il ne soit mouillé par les urines. Des trousse-bourses de maroquin m'ont paru meilleurs, en ce qu'ils ne s'humectent pas aussi aisément. Il en

faut plusieurs, qu'on fait sécher à mesure qu'ils se trouvent gâtés.

Les pansemens n'ont rien de particulier. La sonde, qui était nécessaire au moment de l'opération, pour empêcher que l'urèthre ne fût bouché par le renversement et la tuméfaction des tégumens, devient bientôt inutile, parce que la suppuration les relâche. Peut-être cependant faut-il encore en faire usage vers la fin du traitement, pour empêcher que la cicatrice ne cause un trop grand rétrécissement à l'urèthre. Bertrandi rapporte un cas tiré des ouvrages de Nannoni, dans lequel il fallut agrandir l'ouverture de ce canal, qui était fort resserrée, parce qu'on n'avait pas eu cette attention. Ruisch dit qu'après l'opération dont il a été parlé plus haut il fallut faire faire au malade une canule d'argent pour faciliter l'écoulement de ses urines. J'en ai fait usage lors de la première amputation de la verge que j'ai pratiquée, parce que le mal avait exigé que ce corps fût coupé fort près du pubis, et que le malade était mouillé chaque fois qu'il urinait. Ceux que j'ai opérés depuis n'ont pas eu besoin de ce secours. Ils ont poussé leurs urines fort loin, et dans une direction presque semblable à celle qu'elles ont dans l'état de la plus parfaite intégrité.

DES TUMEURS FAITES PAR LE DÉPLACEMENT DES PARTIES MOLLES.

Ces tumeurs sont : la procidence de l'iris, la hernie du poumon, celles du ventre, les déplacemens de la matrice et du vagin, et la chute du rectum.

De la Procidence de l'iris.

L'iris, membrane mince et vasculeuse de peu de consistance, ne se soutient dans le lieu qu'elle occupe que par la pression que l'humeur aqueuse exerce sur elle. Si cette pression vient à manquer, l'iris s'affaisse, et dans le cas où cela arrive, parce que l'humeur aqueuse s'écoule au dehors à travers une plaie ou un ulcère à la cornée, l'iris est entraînée par elle, et se glisse au dehors, où elle forme une tumeur de couleur noire, dont le volume varie depuis celui d'une tête de mouche jusqu'à celui d'un petit grain de chenevis, laquelle est douloureuse, gêne les mouvemens des paupières et de l'œil, est accompagnée d'une inflammation quelquefois assez vive, trouble la perception des objets, et n'a jamais lieu sans que la forme de la pupille soit dérangée. C'est ce que l'on appelle ordinairement un staphylôme. Mais j'ai donné ce nom à une autre maladie, d'après M. Scarpa, et je désigne celle-ci sous celui de procidence de l'iris, comme le fait cet illustre professeur.

On a cherché à remédier à ce mal en repoussant la tumeur au dedans de l'œil avec un stylet mousse, après avoir agrandi l'ouverture de la cornée, pour que l'iris rentrât avec plus de facilité, en incisant la tumeur à sa base, ou en la faisant tomber par la ligature. L'expérience a fait abandonner tous ces moyens pour s'en tenir à la cautérisation de la tumeur avec un caustique quelconque, mais surtout avec le nitrate d'argent fondu. Pour le plus souvent, il faut plusieurs applications de ce caustique pour ramener la tumeur au niveau de la cornée. Ces applications sont douloureuses, et doivent néanmoins être réitérées jusqu'à ce point, et en même temps jusqu'à ce que la chute de l'escbare laisse voir sur l'ulcère une disposition granuleuse qui annonce que la cicatrisation est prochaine. On fait usage, pour l'accélérer, d'un collyre avec un décigramme de sulfate de zinc dans trente-deux grammes de mucilage de graine de coing. Quelquefois on est obligé, pour calmer l'inflammation et les douleurs, d'avoir recours aux antiphlogistiques et aux calmans.

Dans le cas de plaie ou d'ulcère à la cornée, on voit quelquefois s'élever sur cette partie des tumeurs de même volume, mais claires et transparentes, que l'on dit être formées par le déplacement de la membrane qui est propre à l'humeur aqueuse. Quelle qu'en soit l'espèce, ce genre de tumeur doit être traité avec le caustique, comme la procidence de l'iris.

De la Hernie du poumon.

Cette hernie ne peut avoir lieu qu'à la suite de plaies fort larges à la partie antérieure et inférieure de la poitrine. Lorsque les muscles intercostaux ont été divisés dans une grande étendue, il reste à l'endroit blessé une sorte de vide qui ne se remplit pas, parce que ces muscles qui se sont retirés ne peuvent se rapprocher par aucun moyen. C'est à travers le vide qu'ils laissent que le bord des poumons qui y correspond peut se porter au dehors et faire saillie au dessous des tégumens, ainsi que je l'ai vu arriver une fois. Le fait a été rapporté à l'article des Plaies de la poitrine. Il peut y en avoir d'autres; mais je ne les connais pas.

Des Hernies du ventre.

Les hernies du ventre prennent différens noms, suivant les lieux où elles se manifestent. Celles qui paraissent au pli de l'aine, et qui descendent ensuite le long du cordon spermatique ou du ligament rond de la matrice, s'appellent hernies inguinales. Celles qui se montrent à la partie antérieure et supérieure de la cuisse se nomment hernies crurales. On appelle hernies ombilicales ou exomphales celles qui sont situées aux environs de l'ombilic. Celles qui ont leur siége à la partie supérieure et interne de

la cuisse, près du scrotum ou des grandes lèvres, sont connues sous le nom de hernies du trou ovalaire. Les hernies qui se manifestent à la partie supérieure et postérieure de la cuisse, au dessous du pli de la fesse, sont des hernies ischiatiques. Celles qui descendent dans le vagin portent le nom de hernies vaginales. Lorsqu'elles occupent un des côtés du périnée, ce sont des hernies du périnée. Celles enfin qui paraissent en tout autre lieu de la circonférence du ventre, sont nommées hernies ventrales. Quelques-unes de ces tumeurs prennent aussi leurs noms des parties qu'elles renferment; telles sont les hernies de l'estomac, celles de la matrice, et celles de la vessie urinaire.

Les viscères dont le déplacement forme ces différentes espèces de hernies sont enfermés dans une poche membraneuse qui leur est fournie par le péritoine. Cette poche est ce qu'on nomme le sac herniaire. Il y a peu de hernies où elle ne se rencontre. Les anciens, qui ne croyaient pas que le péritoine pût s'étendre assez promptement pour fournir une enveloppe aux parties qui sortent du ventre, quand les hernies paraissent d'une manière subite, pensaient que ces hernies étaient faites par rupture, et que les autres se faisaient par dilatation. Cette distinction n'est plus admise, parce que les hernies qui arrivent promptement, et celles qui se font d'une manière lente, ont également un sac herniaire.

Des Hernies inguinales.

Les hernies inguinales sont faites par les intestins, l'épiploon, les intestins et l'épiploon, ou par la vessie urinaire, et portent le nom d'entérocèle, d'épiplocéle, d'entéro-épiplocèle et de hernies de vessie. Ces parties sortent ordinairement du ventre au dessous du bord inférieur des muscles transverse et oblique interne, et par l'anneau de l'oblique externe. Quelquefois aussi elles se déplacent par un écartement des fibres de ce muscle près de l'anneau. Jean-Louis Petit en a fait le premier l'observation sur le cadavre d'un jeune homme qui avait été tourmenté des accidens de l'étranglement. La tumeur était dure et grosse comme une noix. Depuis, il a vu la même chose sur un malade dont la hernie était au dessus du pilier interne de l'anneau. Le mal était ancien, et les parties se replaçaient aisément. Il était facile d'introduire le doigt dans l'anneau. Une autre observation plus singulière, c'est qu'il a rencontré des hernies qui étaient au dessous de l'aponévrose du grand muscle oblique, dont elles ne dépassaient pas l'ouverture. La tumeur était large et plate.

Les parties déplacées dans les hernies inguinales sont presque toujours renfermées dans une poche qui leur est particulière. Quelquefois aussi cette poche leur est commune avec le testicule qu'elles touchent immédiatement. Peu d'auteurs ont connu cette dis-

position. Ceux qui l'ont observée ont cru qu'elle dépendait d'une rupture accidentelle arrivée au sac herniaire et à la tunique vaginale du testicule. Telle était l'opinion reçue, lorsque Sharp écrivait ses recherches sur l'état présent de la chirurgie, en 1750. Les observations de Jean Hunter ne permettent plus de douter que les hernies où elle se rencontre ne soient des hernies de naissance. Elle vient de ce que les viscères qui ont glissé dans la poche qui précède le testicule prêt à sortir du ventre empêchent que cette poche ne se ferme lorsqu'il est descendu dans le lieu qu'il doit occuper, ainsi que cela arrive ordinairement.

Les hernies inguinales ne diffèrent pas seulement eu égard aux parties qui les forment. Ces hernies présentent d'autres variétés relatives au degré où elles sont parvenues, et à la manière prompte ou lente dont elles se sont manifestées. Lorsqu'elles ont fait peu de progrès, et qu'elles ne débordent pas le pli de l'aine, on les nomme hernies incomplètes ou bubonocèles. Lorsqu'elles ont glissé jusque dans les bourses ou dans l'épaisseur des grandes lèvres, on les appelle hernies complètes ou oschéocèles. Les unes et les autres ont paru d'une manière subite ou lente, et sont nouvelles ou anciennes. Cette dernière différence mérite d'être remarquée, en ce que les hernies qui paraissent sur-le-champ, et celles qui sont récentes ont pour l'ordinaire un sac fort mince,

au lieu que celles qui se sont formées avec lenteur et celles qui sont anciennes en ont un plus ou moins épais.

De la Hernie inguinale entérocèle.

Les intestins dont le déplacement donne le plus souvent lieu à cette espèce de hernie sont le jéjunum et l'iléon. Le colon et le cœcum s'y rencontrent aussi, mais plus rarement. La tumeur qu'elle présente est égale, rénitente, plus étroite à l'endroit de l'anneau qu'ailleurs, sans changement de couleur à la peau. Ses dimensions augmentent lorsque le malade est debout, et diminuent lorsqu'il est couché. S'il retient sa respiration, ou qu'il fasse effort pour se moucher ou pour tousser, elle devient plus dure, et paraît se porter davantage au dehors. Elle diminue de grosseur lorsqu'on la presse avec ménagement, et surtout lorsque le malade est couché. Souvent elle fuit sous les doigts, et disparaît en entier en faisant entendre un bruit d'une espèce particulière connu sous le nom de gargouillement, pour reparaître lorsqu'on cesse de la contenir. Le malade y ressent quelquefois de légères douleurs qui se répandent dans le ventre. Quelquefois il a des nausées et des envies de vomir. Pour le plus souvent, il est constipé.

Il est facile, à ces marques, de distinguer l'entérocèle d'avec la hernie qui est faite par l'épiploon,

et qui est connue sous le nom d'épiplocèle, et surtout d'avec l'hydrocèle du cordon spermatique, qui lui ressemble à plusieurs égards, mais qui croît en se portant de bas en haut, au lieu que les dimensions de l'entérocèle augmentent de haut en bas. Il faut surtout prendre garde de ne pas la confondre avec la tumeur que le testicule fait quelquefois à l'endroit de l'anneau sur les enfans du premier âge, lorsqu'il est prêt à descendre dans les bourses. On a vu des personnes inattentives repousser mal à propos ce corps, et chercher à le contenir par un bandage. L'absence du testicule dans la poche qu'il doit occuper, et le défaut de rénitence de la part de la tumeur qu'il présente au pli de l'aine pendant les cris de l'enfant, suffisent pour prévenir une pareille méprise.

La hernie inguinale entérocèle doit être réduite et contenue.

On la réduit au moyen du taxis. Pour faire cette légère opération, il faut que le malade soit couché sur le bord de son lit, du côté de la hernie, la tête et la poitrine élevées, les cuisses et les jambes fléchies, afin que les muscles du ventre soient dans le plus grand relâchement possible. Le chirurgien, placé près du lit, passe une de ses mains sous la cuisse du côté malade, pour embrasser la tumeur, et appuie sur les côtés de la base de cette tumeur avec le pouce, le doigt indicateur et celui du mi-

lieu de l'autre main. Il commence par la mouvoir en divers sens, pour étendre les vents et les matières qu'elle peut contenir, puis il la pousse de bas en haut, et de dedans en dehors dans la direction de l'anneau. A mesure que l'intestin rentre, il rapproche les doigts placés au bord de l'anneau, pour fermer cette ouverture, et pour empêcher qu'il ne sorte de nouveau. Pendant qu'il fait effort pour le remettre en son lieu, il écarte les doigts, afin que l'intestin trouve un passage facile. Lorsqu'enfin la réduction est achevée, il appuie plus fortement sur l'anneau, et se dispose à employer le bandage avec lequel il veut contenir la hernie.

Ce bandage varie suivant les différens âges. Si le malade est un enfant au maillot, on couvre l'anneau avec de petites compresses en triangle, que l'on soutient au moyen du bandage spica de l'aine; mais cet appareil est si sujet à se déranger et à se gâter, que peut-être il vaudrait mieux laisser l'enfant avec sa hernie. S'il est un peu plus avancé en âge, on conseille le bandage triangulaire de l'aine, auquel on ajoute une pelote de futaine ou d'ivoire, qui ne réussit guère mieux. Enfin, s'il est plus fort, ou que le malade soit parvenu à l'âge adulte, on se sert d'un bandage mécanique, connu sous le nom de brayer. La forme de ces instrumens a beaucoup varié. Ils consistent en une ceinture et une pelote de métal garnies de manière à ne pas blesser les parties sur les-

quelles on les applique. Au commencement de ce siècle, on les faisait en fer. Ils n'avaient aucune souplesse, et leur usage était extrêmement incommode. On les a fait depuis en acier, de sorte qu'étant élastiques, ils prêtent plus aisément aux changemens de position du malade. Leur force est proportionnée à la grosseur de la tumeur, et à la tendance que les parties ont à se déplacer. Jusqu'ici la ceinture de métal n'a eu de longueur que celle qui était nécessaire pour donner à la pelote un appui suffisant, de sorte qu'elle excédait peu la demi-circonférence du bassin. La pelote qui tenait à cette ceinture faisait angle avec elle. Cette pelote était bombée. On courbait la ceinture de manière qu'elle portât plus haut en arrière que la pelote ne le fait en devant. Le bandage était garni en chamois, en maroquin ou en futaine. Camper pense qu'ils réussiraient mieux s'ils étaient construits sur d'autres principes. La longueur de la ceinture ne lui paraît pas suffisante. Il veut qu'elle ait les cinq sixièmes de la circonférence du bassin, qu'elle ne soit point coudée, que la pelote y soit jointe dans le même plan, et que l'instrument, matelassé comme il convient, ne soit couvert ni avec du cuir, ni avec une étoffe de coton, qui se laissent pénétrer par la transpiration du malade, et qui finissent par blesser, mais avec de la peau de lièvre brun, qui, suivant l'observation de J. Hunter, se conserve mieux que celle de tout autre animal,

et même que celle de lièvre blanc. Pour mettre ce bandage, il ne faut pas en déployer la ceinture, ce qui lui ferait perdre son élasticité. Il vaut mieux passer les deux pieds dans le cercle, ou y faire entrer les cuisses au dessus des genoux, et tirer le bandage horizontalement de bas en haut, vers le lieu qu'il doit occuper.

Lorsque le bandage avec lequel on contient les hernies est bien fait, et que les malades ont l'attention de le porter continuellement, il les met à l'abri des accidens qui pourraient leur survenir; mais il est rare qu'il les guérisse, à moins qu'ils ne soient fort jeunes, et ils sont obligés d'en faire usage pendant toute leur vie : aussi a-t-on cherché de tout temps à leur procurer une guérison radicale. Les moyens imaginés pour cet objet ne sont guère adoptés par les chirurgiens méthodiques; mais comme la plupart sont encore employés, on ne peut se dispenser de les faire connaître et de les apprécier. Ces moyens sont, la castration, les caustiques, le point doré, la suture dite royale, l'opération qui convient aux hernies étranglées, et quelques médicamens intérieurs et extérieurs.

La castration n'a d'autre objet que d'emporter, au moyen de la ligature, le prolongement du péritoine qui forme le sac herniaire, et d'établir à l'endroit de l'anneau une cicatrice qui empêche les parties de se déplacer. C'est le procédé dont les coureurs

et les charlatans se servent le plus fréquemment. Il prive sans nécessité les malades d'un des organes de la virilité. Par conséquent il doit être proscrit. Quoique souvent on ait invoqué l'autorité des lois contre une opération aussi absurde, il ne paraît pas qu'elle soit entièrement abandonnée, et il se présente de temps en temps dans les départemens des gens sans aveu qui osent encore la pratiquer. Son effet pour la guérison des hernies est à peu près le même que celui du caustique, du point doré et des autres.

Les anciens cautérisaient le lieu de l'anneau avec un fer rouge, après avoir réduit la hernie et avoir rangé les vaisseaux spermatiques de côté. Ils brûlaient profondément la peau et le prolongement du péritoine qui forme le sac herniaire, puis ils mettaient en usage les moyens propres à favoriser la chute de l'eschare et la guérison de la plaie. Cette méthode a été employée pendant long-temps. Dans la suite on y a substitué les caustiques, dont l'effet est moins sûr, en ce qu'ils étendent leur action au-delà du lieu qu'on se propose de cautériser. Rousset blâme avec raison ce moyen, qui ne met pas à l'abri de blesser les vaisseaux spermatiques; et Pigrai dit avoir vu périr d'une fièvre et d'un délire violens deux malades sur lesquels on s'en était servi. Néanmoins le caustique a trouvé des partisans parmi les modernes. Monro pense que son effet serait plus sûr

si on faisait d'abord une incision aux tégumens pour mettre le prolongement du péritoine à découvert, et qu'ensuite on se servît du nitrate d'argent fondu ou de quelque autre cathérétique. Il y a quelques années qu'un ancien chirurgien de la marine se servait à Paris d'un procédé analogue. Il incisait comme Monro le prescrit, et lorsque la suppuration de la plaie était établie, il appliquait son médicament, dont l'action était très-douloureuse, et il faisait une seconde et une troisième application, jusqu'à ce qu'il eût pénétré assez profondément; après quoi il ne s'occupait plus qu'à procurer la chute des eschares et à guérir la plaie. Il voulait que ses malades observassent le repos le plus exact pendant l'action de son caustique, lequel, sans cette précaution, aurait pu blesser les intestins. Cet accident est arrivé une fois. Les matières stercorales sortirent par la plaie pendant quelque temps. Néanmoins le malade guérit, et peut-être d'une manière plus sûre que ceux dont le traitement a été plus heureux, parce que l'intestin ouvert a dû contracter des adhérences avec l'anneau, au lieu que chez les autres il n'est retenu que par la cicatrice, qui peut se relâcher dans la suite, et permettre à ces viscères de se déplacer de nouveau. Monro dit que cela est arrivé à un enfant qui avait été traité par les caustiques; et des gens dignes de foi m'ont assuré que plusieurs personnes opérées par le chirurgien dont je viens de parler sont dans le

même cas, et que leurs hernies sont revenues. On a su depuis que le caustique dont il faisait usage est l'acide sulfurique. Jean Douglas dit que ce remède a été employé en Angleterre, mais sans inciser les tégumens; ce qui en rendait l'effet plus douloureux et plus incertain.

Le point doré se pratiquait comme il suit. Le malade couché sur le bord de son lit, et les intestins repoussés dans le ventre, les tégumens étaient incisés sur une partie du trajet qu'avait occupé la hernie, et le sac était mis à découvert. On le soulevait, ainsi que le cordon spermatique, pour passer au dessous, près de l'anneau, une aiguille garnie d'un fil d'or ou de plomb, dont on tordait les extrémités, de manière à fermer l'ouverture du sac. Il fallait que cette pression ne fût pas trop forte, sans quoi elle aurait endommagé les vaisseaux qui vont au testicule. Elle devait être suffisante pour prévenir le retour de la hernie. La partie excédante du fil de métal était coupée avec des ciseaux, après quoi on rapprochait les lèvres de la plaie, dont on tâchait d'obtenir la consolidation, qui sans doute n'avait lieu que lorsque le fil avait coupé les parties comprises dans l'anse de la ligature, et lorsqu'il avait été retiré. Le testicule privé de ses vaisseaux devait s'atrophier et rester sans action; mais cet inconvénient, quelque grand qu'il soit, n'était pas le seul qui résultât du point doré. Un homme de trente ans,

sur qui on avait pratiqué cette méthode, fut saisi de mouvemens convulsifs qui durèrent avec violence pendant quinze jours, et qui ne cessèrent que par l'extirpation du testicule. Pigrai, de qui j'emprunte ce fait, assure qu'il n'a jamais vu faire l'opération dont il s'agit sans qu'il en soit résulté quelque chose de fâcheux, malgré les précautions que l'on avait prises pour en assurer le succès. Quelques-uns, du temps de Rousset, faisaient la ligature d'une manière bien moins dangereuse. Ils commençaient par inciser les tégumens dans toute la longueur de la hernie, puis, soulevant avec les doigts le prolongement du péritoine, ils l'examinaient avec soin pour reconnaître le lieu qu'occupent les vaisseaux du testicule; ils le traversaient ensuite avec une aiguille garnie d'un cordon de fil, sans comprendre les vaisseaux dans l'anse de la ligature, et ils rapprochaient les bords de la plaie. Cette opération n'est-elle pas la même que celle que Heister attribue à Freitag, chirurgien de l'hôpital de Zurich en Suisse, et qu'on trouve décrite dans une dissertation que le fils de ce chirurgien célèbre a publiée à Strasbourg en 1721?

La suture dite royale est moins ancienne que les méthodes dont il vient d'être parlé. Elle tire son nom de ce que, ne produisant pas d'altération sur les vaisseaux du testicule, elle n'agit pas sur le principe de la virilité. Ce procédé consiste à inciser les

tégumens sur toute l'étendue de la tumeur, avec les mêmes précautions que pour le point doré, et à mettre le sac herniaire à découvert dans son entier. Ce sac est ensuite soulevé et cousu en long par une suture analogue à celle qui convient aux plaies des intestins, après quoi la partie qui est au dessus de la suture est coupée avec des ciseaux, et la plaie est pansée à l'ordinaire. Il ne s'agit plus que d'attendre que la suppuration s'y établisse, que le fil qui a servi à faire la suture se détache, et que cette plaie se cicatrise. Le sac herniaire ayant été emporté, et le lieu de l'anneau étant couvert par une cicatrice, on peut espérer que la hernie ne reparaîtra plus. Il y a certainement moins d'inconvéniens à opérer de cette manière qu'à employer la castration, le caustique ou le point doré; mais cette opération a les mêmes dangers et la même incertitude que l'opération ordinaire de la hernie, par laquelle on a quelquefois tenté de procurer la guérison radicale de ceux qui en sont incommodés.

On est étonné de trouver dans les œuvres posthumes de Jean-Louis Petit trois opérations de ce genre, faites dans la vue dont il s'agit. Deux ont été pratiquées par ce célèbre praticien, et la troisième par un de ses confrères. Le premier malade avait vingt-cinq ans; il portait sa hernie depuis son enfance; jamais elle n'avait été étranglée. Arnaud et Ledran encouragèrent Petit à opérer ce

jeune homme, qui mourut le sixième jour. La seconde personne était une femme de quarante ans. Elle avait fait à Petit les plus vives instances pour qu'il la débarrassât de sa hernie, qu'elle portait depuis plus de douze ans, et qui avait le volume du poing. Les accidens furent considérables; mais la malade n'y succomba pas : la plaie fut guérie le trente-cinquième jour. Le sujet de la troisième observation était un domestique. Il n'avait d'autre raison pour se faire opérer que l'espoir d'être encore en état de remplir ses devoirs. Petit ne put dissuader ni le malade ni celui de ses confrères qui avait sa confiance. Le malade mourut le dixième jour. Leblanc a été plus heureux sur un jeune Anglais qu'il a opéré à Orléans en 1766, et qui depuis ce temps a cessé l'usage du bandage, et a pu se livrer aux exercices convenables à son âge. Ce chirurgien attribue le succès qu'il a obtenu à sa manière particulière d'opérer, et il croit que ce succès n'eût pas été le même si l'anneau eût été incisé, au lieu d'être dilaté. Les faits rapportés par Petit montrent par quels risques ce succès a été acheté.

L'insuffisance et le danger des méthodes curatives qui viennent d'être exposées en ont fait imaginer de plus douces. On a pensé qu'on parviendrait à la cure radicale des hernies avec des emplâtres et des médicamens astringens. Dionis nous a transmis l'histoire d'un prieur de Cabrières en Provence, dont le

gouvernement acheta le secret, avec promesse de ne pas le publier pendant la vie de cet ecclésiastique. Ce ne fut qu'au bout de cinq à six ans, et après sa mort, que le remède fut rendu public. Jusque-là on faisait préparer en secret les médicamens dont le prieur avait vendu la composition. On les faisait distribuer à tous ceux qui en demandaient. C'était un emplâtre astringent que la Faculté de Médecine de Paris a inséré depuis dans le recueil des médicamens qui doivent se trouver chez les apothicaires, sous le nom d'*emplastrum contra rupturam*, et un mélange de vin blanc et d'acide muriatique dont la dose variait suivant les différens âges. Sans doute ces moyens réussissaient quelquefois, puisque leur auteur avait acquis une si grande célébrité. Mais le discrédit dans lequel ils sont tombés montre que le succès n'en a pas été constant. Il en est vraisemblablement de même des prétendus spécifiques avec lesquels on se flatte de guérir toutes les hernies d'une manière radicale : ils réussissent sur quelques personnes auxquelles il suffirait de faire porter un bandage, et ils attirent à leurs auteurs une réputation qu'ils ne méritent pas.

L'adhérence et l'étranglement, accidens communs à toutes les hernies, s'opposent quelquefois à la réduction de la hernie inguinale entérocèle, et demandent toute l'attention du chirurgien.

L'adhérence n'a lieu que dans les hernies an-

ciennes. Les intestins, deplacés depuis long-temps, retenus d'une manière fixe sans pouvoir changer de situation, pressés les uns par les autres, et par le prolongement du péritoine qui leur sert d'enveloppe, s'enflamment légèrement à leur surface, et contractent des adhérences plus ou moins fortes : il n'est pas possible alors de les réduire. Les tentatives que l'on fait dans cette vue sont inutiles, et ne servent qu'à fatiguer le malade. Ce sont ces tentatives mêmes réitérées sans succès, jointes au volume de la tumeur et à la connaissance que nous avons de son ancienneté, qui nous font juger qu'elle est compliquée d'adhérence. Il faut alors se contenter de la soutenir avec un suspensoire dont la capacité soit proportionnée à la grosseur de la hernie, et qui soit fait ou garni avec de la toile forte, pour qu'il se relâche moins aisément. Lorsque la tumeur est peu volumineuse, et qu'elle ne dépasse pas le pli de l'aine, le suspensoire ne peut avoir lieu. On peut y suppléer par un brayer à pelote creuse. Mais il faut, pour en assurer l'effet et prévenir les incommodités qui résultent de son changement de position, que le malade fasse peu de mouvemens, et même qu'il garde le lit. S'il ne veut pas s'y assujettir, il peut abandonner sa hernie à elle-même, et se contenter de la contenir avec les mains lorsqu'il fait des efforts pour tousser, vomir, aller à la garde-robe, et d'éviter tous les exercices violens.

L'étranglement survient également aux hernies récentes et aux anciennes; mais la cause en est différente. Dans la hernie récente et dans celles qui reparaissent tout à coup après avoir été contenues pendant quelque temps par un bandage, l'étranglement dépend de l'effort avec lequel l'anneau tend à se resserrer (1) pendant que l'intestin est dilaté par les vents ou par les matières qu'il contient. Dans les hernies anciennes, cet accident vient du volume des excrémens qui tombent dans la portion d'intestins sortie du ventre. Le cours du sang et des matières intestinales est interrompu, et il en résulte les accidens les plus graves. Telles sont l'irritation et la tension douloureuse de la tumeur; les douleurs qui, de l'endroit malade, se répandent dans tout le ventre; les nausées, les hoquets, les vomissemens de matières glaireuses, bilieuses et stercorales; la constipation, le gonflement et la tension du ventre; la fréquence, la petitesse et la concentration du pouls; le froid des extrémités, etc.

Ces accidens paraissent avec plus ou moins de promptitude et de violence, suivant la cause qui a produit l'étranglement, et suivant la quantité de parties déplacées. Si l'étranglement vient du resserre-

(1) Ce resserrement n'est point l'effet d'une contraction, dont l'anneau n'est pas susceptible; il dépend du ressort de cette partie, qui tend à se remettre dans son premier état.

ment de l'anneau, de l'irritation et de l'inflammation qui en sont la suite, la marche des symptômes est extrêmement rapide. S'il est occasionné par l'engouement des matières, ces symptômes se déclarent plus tardivement et d'une manière moins effrayante. La tumeur a augmenté de volume avant que le malade ait eu les premières nausées, le ventre est boursoufflé sans être tendu, et les autres accidens ne se manifestent que quand la plénitude du canal intestinal les détermine. De même, lorsque les intestins forment une anse dans la tumeur, l'interruption des matières est complète, et le malade est plus promptement et plus vivement affecté. Au contraire, lorsque la quantité d'intestins déplacés est petite et qu'ils ne sont que pincés, les symptômes paraissent d'une manière plus lente, et ils sont moins graves, parce que le passage des matières n'est pas totalement interrompu. Les choses restent dans le même état jusqu'à ce que l'inflammation se termine par la pourriture, ce qui arrive bien plus tôt aux hernies dont l'étranglement est inflammatoire, et surtout à celles où les intestins forment une anse dans la tumeur, et plus tard aux hernies dont l'étranglement est occasionné par l'engouement des matières, et à celles qui ne renferment qu'une petite portion d'intestins, laquelle n'est que pincée. La marche de la pourriture et les circonstances dont elle est accompagnée sont aussi très-différentes dans ces deux cas. Dans

le premier, elle s'étend au loin et se porte sur les portions d'intestins qui sont contiguës à celle qui est déplacée, et au mésentère qui la soutient. La tumeur s'efface et devient pâteuse, le ventre se détend, les symptômes de l'étranglement disparaissent, et le malade semble être mieux. Mais il ne faut pas s'en laisser imposer par ces circonstances. La cessation presque subite des accidens, et le mauvais état du pouls, qui devient faible et intermittent, montrent qu'il n'y a plus rien à espérer, à moins qu'on n'ait promptement recours à l'opération. On trouve alors que l'altération des intestins s'étend plus ou moins loin, et que celui qui forme la hernie n'a contracté aucune adhérence avec les parties voisines, parce que l'inflammation a été trop forte, et qu'elle est survenue avec trop de rapidité. Dans le second cas, la pourriture se borne à l'intestin qui a souffert l'étranglement. La tumeur ne devient pas seulement molle et pâteuse, la peau qui la couvre se charge de phlyctènes et se convertit en une eschare plus ou moins étendue; et si on n'opère promptement, elle s'ouvre en plusieurs endroits et laisse échapper des humidités stercorales, jusqu'à ce qu'enfin elle se détache par lambeaux et qu'elle livre passage aux excrémens amassés dans la continuité du canal intestinal. Lorsqu'on fait l'opération avant que l'intestin soit percé, on le trouve pour l'ordinaire uni à l'anneau par des adhérences plus ou moins fortes,

et qui sont le produit de l'inflammation lente qui a précédé la gangrène. La raison de cette différence est facile à saisir. Quand les intestins sont pliés en double dans la tumeur, et qu'ils y font une anse, les vaisseaux de la portion du mésentère qui les accompagne se trouvent étranglés, et le sang est obligé de refluer sur les parties voisines, où il cause une inflammation très-forte. Quand les intestins ne sont que pincés, les dernières extrémités des vaisseaux mésaraïques sont les seules sur lesquelles l'étranglement agisse, et l'engorgement qui résulte de leur compression se borne à la portion d'intestin qui est hors de l'anneau ; aussi, dans ce cas, le progrès de la gangrène se fait-il au dehors, au lieu que dans l'autre il s'étend sur les parties intérieures. Tout ceci n'est cependant pas sans exception, et l'âge, le sexe, le tempérament, l'état des forces du malade, et plusieurs autres circonstances qu'il est impossible de déterminer, peuvent faire varier à l'infini l'intensité, les progrès et l'événement de cette fâcheuse maladie.

Les moyens qu'il convient d'employer pour la réduction d'une hernie inguinale entérocèle étranglée sont différens, suivant la nature de l'étranglement. S'il est inflammatoire, il faut avoir promptement recours à ceux qui peuvent relâcher et détendre : tels sont, la situation, la saignée, les applications émollientes et relâchantes, les bains tièdes, les boissons

délayantes et les lavemens simples. S'il est produit par engouement, on peut faire usage avec succès de situations variées, d'applications astringentes et froides, de lavemens âcres et de purgatifs.

La situation dans laquelle il faut mettre le malade dans la première espèce d'étranglement est celle dont il a été parlé à l'occasion du taxis : les douleurs que le malade éprouve, et les efforts continuels qu'il fait pour vomir, ne permettraient pas de lui en faire prendre une autre. Il faut qu'il la garde constamment pendant tout le temps de l'accident, et que, pour la lui rendre supportable, on ait soin de lui passer sous les jarrets un rouleau qui ne lui permette pas d'étendre les cuisses et les jambes. Le malade ainsi placé, on fait quelques tentatives de réduction. Si elles ne réussissent pas, on saigne de l'un des bras. La quantité de sang que l'on tire au malade doit être proportionnée à l'état général de ses forces, et telle, qu'il éprouve un commencement de syncope. On voit souvent les hernies dont les symptômes paraissent menaçans se réduire d'elles-mêmes par ce seul moyen. Si on ne remarque aucun relâchement dans la tumeur, on réitère une seconde, une troisième fois, et plus. Cependant on fait préparer des fomentations et des cataplasmes émolliens dont on couvre la hernie ; on y fait des onctions huileuses ; on plonge le malade dans le bain, où on le laisse autant de temps qu'il peut le supporter ; on lui prescrit quelques

boissons délayantes, telles que le petit-lait ou le bouillon de veau et de poulet, et on lui fait prendre des lavemens avec une décoction d'herbes émollientes, du bouillon de fraise de veau, ou simplement avec de l'eau et de l'huile, afin de détremper et de délayer les matières qui peuvent être contenues dans les gros intestins, d'en procurer la sortie, et de faciliter le passage de celles qui sont amassées au voisinage de l'étranglement.

Lorsque cet accident est le produit de l'engouement, on ne peut faire placer le malade autrement que sur le dos, les cuisses et les jambes pliées, et la tête et la poitrine un peu élevées. Winslow avait recommandé autrefois de le faire mettre sur ses genoux et sur ses coudes, de manière que le tronc représentât un plan incliné dont le diaphragme fût la partie la plus basse, et que les intestins s'y portassent par leur pesanteur. Il espérait qu'ils entraîneraient les parties déplacées, et qu'ils les feraient rentrer dans le ventre. Le succès n'a pas répondu à ses vues, et Ledran nous apprend qu'on a tenté cette situation sans en tirer d'avantage. On réussit mieux en faisant suspendre le malade les pieds en haut et la tête en bas. Fabrice d'Aquapendente veut qu'on ait recours à cette situation lorsque les autres moyens ont été inutiles. Covillard la croit avantageuse. Sharp la loue beaucoup : il dit s'en être servi souvent avec succès. Son procédé est de faire soulever le malade par un

homme fort qui place le creux de ses jarrets sur ses épaules, et qui le retienne par les jambes. Il ne craint pas que la tension des muscles du ventre qui résulte de cette position puisse contrebalancer l'effet de la pesanteur du canal des intestins. Bell la regarde comme la meilleure pour parvenir à la réduction. Enfin Louis l'a vue réussir, au bout d'un quart d'heure, sur un vieil invalide qui avait prié qu'on le suspendît de cette manière, et sur un soldat auquel on se proposait de faire l'opération.

Les émolliens et les relâchans, si utiles dans le cas d'étranglement inflammatoire, seraient désavantageux dans celui qui est produit par engouement, en ce qu'ils disposeraient les intestins à se relâcher de plus en plus, et à céder à la distention que le degré de chaleur auquel on emploie ces topiques procure, en raréfiant l'air contenu dans la portion d'intestins déplacée. Il vaut donc mieux se servir des fortifians et des astringens. Belloste a souvent employé utilement des fomentations avec les balaustes, les noix de galle et de cyprès, l'écorce de grenade, les fleurs de camomille et de mélilot, l'alun et le muriate de soude, le tout pilé et bouilli dans de l'eau des forgerons ou dans du gros vin rouge, et appliqué avec le marc, dans des cas où les émolliens n'avaient pas réussi. Monro s'est servi du gros vin rouge, et Bell, de vinaigre et de fomentations saturnines. Ces remèdes ont été appliqués à froid. On a aussi

conseillé l'eau pure à une température assez froide dans laquelle on a trempé les compresses qui enveloppaient la tumeur. Heister attribue cette méthode à un chirurgien allemand. Il dit qu'on peut s'en servir dans les étranglemens commençans. J. L. Petit a vu réduire une hernie étranglée par un procédé analogue. Le malade, âgé de vingt-un ans, avait été saigné huit fois en deux jours. On allait l'opérer, lorsque sa mère assura qu'elle le guérirait sans ce secours. Elle fit étendre son fils sur une couverture, et lui fit jeter sur le ventre un sceau d'eau de puits récemment tirée. La tumeur rentra sur-le-champ. On ne peut attribuer cet effet qu'à l'action subite du dartos, lequel s'est contracté d'une manière uniforme et sur tous les points de la tumeur, ce que ne peuvent faire les doigts. Petit a vu plusieurs personnes attaquées de hernies qui les faisaient rentrer aisément en les laissant exposées à l'air froid. Quelques-uns, dans la même vue, appliquent de la neige ou de la glace pilée. Ce topique a aussi la vertu de condenser l'air contenu dans les intestins, et d'y exciter des contractions assez vives. Mais il peut en même temps épaissir le sang amassé dans leurs vaisseaux, et déterminer la gangrène; et si l'épiploon complique la hernie, comme il arrive souvent, il peut l'endurcir et le rendre moins susceptible de réduction. Il ne faut donc s'en servir qu'avec précaution, et se disposer à opérer s'il manque son

effet, pour prévenir les suites fâcheuses qui pourraient résulter de son application.

Outre les moyens dont il vient d'être parlé, on doit vider les gros intestins, et solliciter l'action de celui qui est étranglé par des lavemens irritans. Le plus efficace de tous les remèdes de ce genre, est la fumée de tabac, que l'on introduit par l'anus avec une seringue appropriée. Héister dit avoir vu guérir avec cette fumée une femme qui depuis trois jours était dans les accidens de l'étranglement, et qui était prête à périr. Il avait fait pousser la fumée pendant un temps assez long, et le tabac dont il s'était servi était très-fort. Les évacuations commencèrent en peu de temps, et les intestins rentrèrent d'eux-mêmes. Ce succès a engagé Heister à en continuer l'usage, et il dit n'avoir pas eu depuis occasion d'opérer des hernies étranglées, tant il lui a bien réussi. De Haen préconisait beaucoup la fumée de tabac en 1756. Une vieille femme et un jeune homme avaient été sauvés par son usage. L'expérience l'a désabusé en moins d'un an, et lui a montré combien l'opération est utile. Dans les cadavres, la fumée de tabac remplit le canal intestinal avec plus ou moins de vitesse, et, forçant la valvule du colon, elle revient par l'estomac et par la bouche. Il n'en est pas de même sur les personnes vivantes; elle retourne du côté de l'anus, et rien ne peut l'empêcher d'en sortir. Cette fumée excite dans les gros intestins une irritation

analogue à celle qu'elle produit sur la bouche et sur le gosier. Elle détermine une plus grande secrétion de l'humeur que les glandes y versent. Les grosses matières sont d'abord évacuées, et ne mettent plus d'obstacle à celles qui se rencontrent à l'endroit de l'engouement. Celles-ci trouvent plus de facilité à s'échapper, et elles le font d'autant plus aisément, qu'elles y sont déterminées par l'action augmentée du canal, et qu'elles sont en quelque sorte délayées.

Les purgatifs font sur ces matières et sur les intestins un effet qui a beaucoup de rapport à celui dont il vient d'être parlé; mais ils poussent en même temps les excrémens vers la portion d'intestins qui est étranglée, et si leur action n'est pas assez forte, ils augmentent plutôt l'engorgement qu'ils ne le diminuent. C'est cette raison qui les a fait rejeter par Celse, qui en fait mention comme d'un moyen usité de son temps. Malgré cette improbation, ils ont été employés avec succès par des praticiens distingués. Franco en donne plusieurs formules, et dans ces derniers temps Monro employait quelque fois du jalap en poudre mêlé avec du muriate doux de mercure. L'Académie de Chirurgie a reçu d'un chirurgien d'Arles en Provence des observations desquelles il résulte qu'il a dissipé des étranglemens par engouement avec du sulfate de magnésie, à la dose de soixante-quatre grammes, dissout dans un litre d'eau, quil faisait prendre par verrées. J'ai quelquefois obtenu la même

réussite avec ce remède et avec d'autres purgatifs. Mais pour en obtenir l'effet desiré, il faut qu'il y ait peu d'irritation, et surtout avoir fait administrer des lavemens pour rendre le canal plus libre, et pour faciliter le passage des matières.

Une attention très-utile dans les étranglemens, quelles qu'en soient la cause et l'espèce, est de ne pas charger l'estomac et le canal intestinal par des boissons trop abondantes. J'ai parlé ci-devant de celles dont il convient de faire usage dans les étranglemens inflammatoires, sans en déterminer la quantité; elle doit être fort médiocre. Il y a même des praticiens qui les interdisent absolument dans ces sortes de cas, et qui se contentent de rafraîchir la bouche du malade en lui faisant sucer quelques quartiers de citron, et en lui faisant user de pastilles préparées avec l'oseille, la crême de tartre ou le vinaigre.

La réduction des parties ne fait pas toujours cesser les accidens de l'étranglement. Il y a des cas où ces accidens continuent, parce qu'il ne se fait pas de dégorgement, et parce que les matières restent amassées dans les intestins. Lorsque, par exemple, ces viscères ont été trop distendus, ils ne peuvent se contracter sur eux-mêmes, et se débarrasser des matières qu'ils contiennent. De même, lorsque le resserrement auquel ils ont été exposés en a rapproché les parois au point de leur faire perdre leur cavité, comme il est arrivé dans un cas rapporté par Ritch

et inséré dans le quatrième volume des Mémoires de l'Académie de Chirurgie, toute communication est interrompue entre la partie supérieure et la partie inférieure du canal des intestins. Un étranglement intérieur occasionné par une bride membraneuse, ou par une portion d'épiploon devenue adhérente au voisinage de l'anneau, peut aussi produire cet effet, et donner lieu à la continuation des accidens, quoique l'on soit parvenu à réduire la hernie. On trouve dans le premier volume des Mémoires de l'Académie de Chirurgie un cas de cette espèce, qui lui a été communiqué par l'illustre La Peyronnie. Hoin en rapporte un semblable, dans un ouvrage imprimé à la suite de la Nouvelle Manière d'opérer les hernies de Leblanc. Un jeune homme attaqué, depuis son enfance, d'une hernie inguinale qu'il faisait rentrer aisément, fut pris des accidens de l'étranglement. On jugea qu'il était indispensable de l'opérer. L'anneau ne mettait aucun obstacle à la rentrée de l'intestin. Cependant celui-ci ne pouvait rester dans le ventre, où il avait été repoussé. Il se trouva que l'étranglement n'était pas détruit, et qu'il dépendait d'une bande ferme, large de vingt-sept millimètres au moins, fournie par une portion d'épiploon endurcie, qui entourait et étranglait une anse de onze à treize centimètres d'intestins. Lorsque cette bande eut été coupée, l'intestin rentra et ne ressortit plus. Le succès de cette opération a été heureux. Louis a vu quel-

que chose de semblable. On était parvenu à réduire une hernie ancienne qui était étranglée. Les accidens ne perdirent rien de leur violence. On pensa qu'il fallait faire ressortir la hernie, ce que l'on obtint facilement en faisant lever le malade, et en lui faisant faire quelques efforts. Il fut bientôt rétabli. Ce jeune homme étant mort quelques années après, il se trouva que le mésentère fournissait des appendices membraneuses par lesquelles il était attaché au dedans du sac de la hernie, de sorte que les intestins qui la formaient ne pouvaient rentrer sans éprouver du resserrement de la part de ces appendices.

L'épaississement et le resserrement du sac, à l'endroit de l'anneau, est de même une des causes qui empêchent que les accidens ne cessent après la réduction des hernies, lorsque ce sac a été repoussé dans le ventre avec les parties déplacées. Je pense que c'est à Ledran qu'on doit la première connaissance de ce genre d'étranglement. Il fit l'opération de la hernie crurale à un homme qui portait un brayer depuis long-temps, parce qu'il avait autrefois été sujet à cette maladie. Lorsque le sac herniaire eut été mis à découvert, Ledran incisa le ligament de Fallope, dans la vue de réduire les parties sans en faire l'ouverture. Ce sac se trouva fort étroit à sa partie supérieure. Il ressemblait à une bourse fermée dont l'entrée aurait été fort étroite. Ledran jugea qu'il avait été le seul obstacle à la réduction des parties, et que le liga-

ment de Fallope n'y avait point de part. Il en fit l'ouverture et le débridement, comme on fait dans toutes les opérations de hernie, et les intestins furent remis dans le ventre. Ce fait est confirmé par une observation du même genre, qui a aussi été publiée par Ledran. Un homme à qui on avait réduit une hernie depuis sept jours, sans que les accidens de l'étranglement eussent discontinué, mourut. Il n'y avait plus de tumeur dans l'aine, mais on sentait un vide à l'endroit qu'elle avait occupé, et le ligament de Fallope avait tellement prêté au volume de la hernie, qu'on pouvait aisément glisser les doigts par-dessous. Le chirurgien qui avait fait la réduction se rappelait que lors de la rentrée des parties il n'avait pas entendu le gargouillement qui caractérise celle des hernies intestinales, et que les parties avaient passé sous le ligament en bloc, comme aurait pu faire une balle de paume. A l'ouverture du corps, on trouva dans le ventre le sac herniaire qui avait quatre-vingt-un millimètres de hauteur sur deux cent quatorze de circonférence, et dans ce sac était encore renfermée une portion considérable de l'intestin jéjunum. Lorsqu'on voulut l'en faire sortir, l'entrée se trouva si resserrée, qu'il fallut l'agrandir avec des ciseaux.

Depuis que Ledran a publié ces observations, il en a été fait de semblables par Arnaud, La Faye, Leblanc et Bell. J'ai eu aussi l'occasion de voir un

étranglement de l'espèce de celui dont il s'agit. J'étais parvenu à réduire les intestins étranglés dans une hernie inguinale ; mais au lieu de rentrer peu à peu et de faire entendre à la fin le gargouillement ordinaire, ils étaient rentrés en masse et sans bruit. La hernie fut soutenue avec un bandage. Les accidens dont le malade était attaqué ne se dissipèrent point. Il continua à ressentir de vives douleurs dans le ventre, et à avoir des tranchées et des vomissemens fréquens, sans rendre ni vents ni matières par les voies naturelles. Le ventre était tendu. L'ouverture de l'anneau était assez large pour que je pusse y introduire deux doigts à travers les tégumens. J'y sentais profondément une tumeur ronde qui venait en frapper l'extrémité, lorsque je faisais tousser ou moucher le malade. Il me fut facile de reconnaître qu'il y avait un étranglement intérieur, et que rien ne pouvait sauver le malade que l'opération, en cas que je fusse assez heureux ponr pouvoir faire sortir la hernie. Je le fis lever, et je le fis moucher avec force. La tumeur reparut; j'opérai. Le sac herniaire se trouva épaissi et resserré à l'endroit de l'anneau. Je me contentai de l'inciser sans toucher à cette partie. La hernie était du genre de celles que j'ai dit être de naissance, et où les parties sont en contact avec les testicules. Bientôt les accidens se dissipèrent, et j'eus la satisfaction de guérir le malade.

Il y a donc des circonstances, même assez fré-

quentes, où la réduction est défavorable, bien loin d'être utile. Lorsque cela se rencontre, il faut faire ressortir la tumeur et opérer sur-le-champ, en cas que les accidens soient assez graves et qu'ils durent depuis assez long-temps pour engager à prendre ce parti. C'est aussi ce qu'il faut faire lorsqu'on n'a pu obtenir la réduction par aucun des moyens ci-dessus indiqués.

Tout étant disposé, et les parties ayant été rasées, on fait mettre le malade en situation. Franco voulait qu'il fût couché sur une espèce de table, la tête plus basse que le corps. Sharp et Bell recommandent de l'y placer de manière que les jambes soient pendantes et assez écartées pour recevoir l'opérateur. Il faut que les fesses soient élevées par un oreiller, et que les cuisses soient écartées et relevées, afin de relâcher les muscles du ventre. Louis nous apprend que son père situait ses malades de cette façon, mais sur le bord de leur lit, et qu'il s'asseyait sur un escabeau placé entre leurs cuisses. Dionis dit qu'ils doivent être couchés comme pour le taxis, du côté de la hernie, la tête un peu basse, pour favoriser la rentrée des parties. Cette situation est aussi celle qui me paraît devoir être préférée, en ayant soin que le malade soit sur le bord droit de son lit, de quelque côté que se trouve la hernie, pour que le chirurgien, placé près de lui, se serve de sa main droite avec plus de facilité.

La première chose qu'il y ait à faire, est d'inciser les tégumens. Pour cela le chirurgien élève la peau qui couvre la partie supérieure de la tumeur, en la pinçant avec le pouce et le doigt indicateur de l'une et de l'autre main, et lui fait faire un pli transversal qu'il tient lui-même d'un côté, et qu'il donne à tenir de l'autre à un élève intelligent placé vis-à-vis de lui, à la gauche du malade. Si la tumeur est grosse, et que les tégumens qui la couvrent soient si tendus, qu'il ne puisse les élever, il se contente de les tendre entre le pouce et le doigt du milieu de sa main gauche, après quoi il les incise avec le bistouri, qu'il porte dans une direction parallèle à celle des vaisseaux spermatiques. Quelques-uns percent le pli transversal de la peau avec le bistouri, et portent l'instrument de manière que son dos regarde la tumeur, et que son tranchant soit en haut : mais il vaut mieux le diriger à l'ordinaire, c'est-à-dire le tranchant en bas, en le faisant glisser depuis la base jusqu'à la pointe. Cette attention est utile pour couper avec moins d'effort, et pour que l'incision ait plus de longueur. Si la peau n'avait pu être élevée en pli, il faudrait porter le bistouri de la même manière, mais avec plus de circonspection, de peur de pénétrer trop avant et de blesser les intestins. Dans ce dernier cas, il est rare que la plaie ait une étendue suffisante. S'il est nécessaire de l'agrandir, on fait glisser sous les tégumens une sonde cannelée, légè-

rement pointue, sur laquelle on conduit le bistouri. Cette sonde est portée alternativement sous l'angle supérieur et sous l'angle inférieur de la plaie. On ne peut trop recommander de prolonger l'incision vers la partie supérieure de la tumeur, pour que l'anneau soit bien à découvert. Cette attention n'expose à aucun risque, et donne beaucoup de facilité pour le reste de l'opération, parce qu'on voit mieux où on en est, et ce qu'on fait. Elle est de Sharp, et n'a pas échappé à Louis dans son mémoire sur l'opération de la hernie, inséré dans le quatrième volume de ceux de l'Académie de Chirurgie. Il est également utile de porter l'incision jusqu'au bas de la tumeur, pour empêcher qu'il ne se forme dans la suite, au dessous des tégumens, une poche dans laquelle le pus puisse s'amasser.

L'ouverture des tégumens achevée, le tissu cellulaire se présente. Ce tissu, dont l'épaisseur varie beaucoup, couvre le sac herniaire et doit être détruit. Quelques-uns le coupent avec un déchaussoir; d'autres le déchirent avec les ongles; d'autres enfin en élèvent les feuillets avec une airigne mousse, et les coupent avec le bistouri. Quand le tissu cellulaire qui couvre le sac est mince, Ledran veut qu'on le saisisse avec les doigts, et que l'on fasse avec des ciseaux une ouverture suffisante au sac pour pouvoir y introduire une sonde cannelée. Quand il est épais et qu'on ne peut le pincer, il conseille de faire entrer

à plusieurs reprises une sonde de cette espèce, terminée en pointe, entre les feuillets qui le composent, jusqu'à ce qu'on pénètre dans la cavité du sac, et d'inciser tous ces feuillets les uns après les autres, pour amincir le sac herniaire et pénétrer dans sa cavité. Louis a adopté l'usage de la sonde pointue de Ledran ; mais au lieu de l'introduire à plusieurs reprises entre les feuillets du tissu cellulaire, il la pousse en une fois jusque dans la cavité du sac en la portant de haut en bas, et latéralement à sa partie inférieure. « L'anse de l'intestin ne va pas, dit-il, jusqu'au bas. Ses parties latérales sont vides ou remplies par la lymphe ou par l'épiploon. Mais dans quelque disposition que soient les choses, il est certain qu'avec une sonde pointue dirigée obliquement, on pénètre dans le sac sans difficulté ni danger. » N'est-il donc pas à craindre, malgré cette assertion, que les parties que renferment les hernies ne soient quelquefois blessées par l'extrémité de l'instrument dont il s'agit ? La disposition de ces parties n'est pas toujours la même. Souvent les intestins s'étendent jusqu'au bas de la tumeur, et plus souvent encore ils ne sont humectés que par une petite quantité de sérosité, de sorte que le sac leur est presque immédiatement appliqué. D'ailleurs, si la sonde pénétrait à travers l'épiploon, et que le bistouri qu'elle doit diriger intéressât cette membrane, ou, pour mieux dire, qu'il y fît une plaie un peu considérable, ne

pourrait-on pas ouvrir quelques-uns des vaisseaux qui la traversent, et donner lieu à une hémorragie dangereuse ? Le procédé dont je me sers n'expose à aucun de ces inconvéniens. Il consiste à soulever les feuillets du tissu cellulaire et le sac même avec une pince à disséquer, et à les couper avec un bistouri porté en dédolant. On trouve quelquefois plusieurs feuillets les uns au dessus des autres avant de pénétrer au dedans du sac, surtout lorsque la hernie est ancienne. Ces feuillets sont séparés par un vide qu'on pourrait prendre pour la cavité dans laquelle les intestins sont contenus, si on n'en était prévenu. J'ai vu des gens habiles à qui cette disposition paraissait embarrassante, et qui semblaient hésiter à couper les feuillets les plus profonds, de peur d'entamer les intestins. Mais la couleur blanche qui leur est particulière, l'absence de la sérosité qui se rencontre presque toujours dans le sac des hernies étranglées, et surtout la manière dont les vaisseaux sanguins s'y distribuent, et le petit nombre de ces vaisseaux, doivent faire connaître les feuillets dont il s'agit pour ce qu'ils sont.

J. L. Petit voulait qu'au lieu d'ouvrir le sac herniaire on le disséquât dans une assez grande étendue, pour détruire toutes ses adhérences avec les parties voisines, et qu'après avoir fait cesser l'étranglement en incisant l'anneau, on le repoussât dans le ventre avec les intestins qu'il contient. Si on en

croit Garengeot, dont le traité des opérations a paru pour la première fois en 1719, cette méthode a réussi plusieurs fois, et elle avait été proposée d'une manière générale. Peut-être serait-elle utile dans les hernies récentes peu volumineuses, et où il n'y aurait pas lieu de soupçonner de pourriture, et pourrait-elle procurer une guérison plus prompte et moins laborieuse que celle que l'on suit ordinairement. Mais lorsque les hernies sont grosses, anciennes, et que la pourriture paraît à craindre, on ne peut la mettre en usage sans exposer le malade au plus grand danger. En effet, les intestins peuvent avoir contracté des adhérences vicieuses : il peut s'y être fait une crevasse qui laisse échapper les matières stercorales dans le ventre ; les liqueurs corrompues que le sac contient presque toujours peuvent occasionner une inflammation intérieure, sans parler de la difficulté de disséquer de toutes parts un sac herniaire sans faire souffrir le malade, et sans s'exposer à blesser les vaisseaux avec lesquels il a nécessairement contracté des adhérences.

Il est assez extraordinaire que personne ne se soit aperçu que cette méthode, attribuée à Petit, est déjà fort ancienne, et qu'elle remonte jusqu'à Franco, qui le premier a connu la nécessité de remédier à l'étranglement des hernies par une opération qui, en incisant l'anneau, mît les parties déplacées à l'abri de la compression qu'il exerce sur elles. Avant ce

chirurgien célèbre, on n'opérait les hernies devenues volumineuses qu'afin de débarrasser ceux qui en étaient affligés, des incommodités que ces tumeurs leur causaient. L'unique bien que l'on se proposât, était de procurer une cicatrice qui affermît les parties contenantes du ventre, et qui empêchât les parties contenues de se déplacer. L'accident de l'étranglement était à peine connu, et si on avait proposé quelques moyens pour le faire cesser, ils se bornaient à des tentatives de réduction et à des applications extérieures. Au défaut de ces secours, Franco tenta les purgatifs, et employa une opération qui n'était connue de personne. La description qu'il en donne, assez difficile à suivre et à comprendre, fait voir qu'il ne se déterminait à ouvrir le sac herniaire, qu'il nomme didyme, que lorsqu'il se trouvait trop de résistance à la réduction des intestins, après que l'anneau avait été incisé sur la sonde grossière qu'il propose. C'est ce dont on ne peut douter, si on consulte Paré, qui écrivait peu de temps après, et qui, ayant emprunté cette opération de Franco, la pratiquait d'une manière plus conforme au procédé que l'on suit aujourd'hui, et la décrivait avec plus d'élégance. Il est encore question de n'ouvrir le sac herniaire que quand on y est forcé par la difficulté de réduire les intestins; d'où il résulte que, dans les cas ordinaires, dans ceux où cette difficulté n'est pas aussi grande, Paré se contentait de débrider l'an-

neau, et qu'il repoussait les intestins dans le ventre sans toucher au sac; et c'est là précisément l'opération que tout le monde a cru que Petit avait imaginée.

Si, pendant qu'on détruit les feuillets du tissu cellulaire qui couvre le sac, il se présente des vaisseaux sanguins un peu considérables, il faut les lier ou bien faire appliquer le doigt d'un aide sur leurs orifices, après les avoir coupés, afin de pouvoir achever l'ouverture du sac, et de ne pas s'exposer au risque de méconnaître les parties qu'il convient de ménager. Mais, avant de les lier ou de les couper, il est essentiel de s'assurer de leur nature; car, quoique le cordon des vaisseaux spermatiques passe presque toujours derrière la hernie, il pourrait se faire qu'il se présentât au devant, ainsi que Ledran, Boudou et Bell disent l'avoir observé.

A peine le sac herniaire est-il ouvert, qu'il en sort une sérosité plus ou moins abondante, et qui pour l'ordinaire est extrêmement fétide. Il faut alors y introduire l'extrémité d'une sonde cannelée, mousse et fermée par le bout, à la faveur de laquelle on fait glisser une branche de ciseaux mousses et bien tranchans, qui coupent les parties membraneuses et peu résistantes avec plus de facilité que le bistouri ne le pourrait faire. L'ouverture du sac herniaire met les intestins qu'il renferme à nu. Ou ils sont sains et sans adhérences, ou ils sont adhérens,

ou ils sont gangrenés. Ces trois états demandent des soins différens.

1.° Lorsque les intestins sont sains et non adhérens, il faut en tirer doucement une nouvelle quantité hors du ventre, afin que les vents et les matières contenus dans la portion déplacée se distribuent dans un plus grand espace, et ne la distendent pas autant. On est quelquefois parvenu, au moyen de ce seul procédé, à faire rentrer les intestins sans qu'il ait été nécessaire de débrider l'anneau et d'y faire de dilatation. Le fait communiqué par Ritch, et dont il a été parlé plus haut, montre que ce procédé peut être d'une utilité beaucoup plus grande en faisant connaître une disposition qui causerait infailliblement la perte du malade, si elle demeurait cachée. Ce chirurgien avait fait l'opération de la hernie à un homme qui était attaqué d'étranglement. A peine fut elle achevée, que les accidens parurent calmés. On fit prendre au malade quelques lavemens à demi-seringue, pour débarrasser les gros intestins, et malgré cela il n'avait pas été à la selle six heures après l'opération. Les accidens reparurent peu de temps après. Les secours qui lui furent administrés furent sans effet, et le malade mourut au bout de douze heures. A l'ouverture de son corps, on trouva l'intestin rétréci aux deux endroits qui avaient été étranglés par l'anneau, comme si on l'avait fortement serré avec une ficelle. Il y avait ad-

hérence mutuelle des parois intérieures, de sorte que la continuité du canal était entièrement interrompue, et le passage des matières absolument obstrué. Quelque danger que cette disposition présente, elle n'est point au dessus des ressources de l'art, et on pourrait y remédier en retranchant la partie intestinale qui a souffert étranglement, et en réunissant les deux bouts qui résulteraient de sa rescision, par quelqu'un des moyens qui seront indiqués lorsqu'il sera question des hernies compliquées de gangrène. Les intestins tirés hors du ventre, et maniés pendant quelque temps, sont repoussés de bas en haut, et de dedans en dehors avec les doigts indicateurs des deux mains portés alternativement, afin que le premier contienne la portion déjà rentrée, et l'empêche de faire effort contre celle que l'on cherche à réduire avec le second. Si ces tentatives ne réussissent pas, on en vient au débridement ou à la dilatation de l'anneau.

Le débridement est la premiere méthode qui ait été mise en usage. Il se pratique encore souvent de la manière que Franco et Paré ont conseillée. Le chirurgien abaisse les intestins déplacés avec la main gauche, et fait glisser dans le ventre l'extrémité de la sonde mousse et fermée dont il s'est servi pour ouvrir le sac. Lorsqu'elle y est parvenue, il la prend de la main gauche, et porte le long de sa cannelure un bistouri qui fait angle avec elle, et qui coupe les

fibres aponévrotiques dont la tension cause l'étranglement. L'incision étant jugée d'une étendue assez grande, il retire les deux instrumens à la fois pour être sûr que la pointe du bistouri n'a pas abandonné la cannelure de la sonde, et qu'elle n'a point blessé les parties intérieures. Quelques-uns se servent de la sonde ailée de Méri, comme dans le cas où il faut agrandir les plaies du ventre compliquées de l'issue des intestins. D'autres emploient le bistouri à la lime dont il a été parlé à l'occasion de ces plaies. Mais la meilleure méthode est celle qui vient d'être exposée, ou celle qui consiste à inciser l'anneau avec un bistouri terminé par un bouton, et dont la lame ait peu de largeur. On fait glisser le doigt indicateur de l'une des deux mains entre les intestins qui forment la hernie et l'anneau, la partie interne du doigt du côté de l'anneau, et l'ongle du côté des intestins; puis on porte dessus l'extrémité du bistouri, au moyen duquel le débridement se fait avec la plus grande facilité. Ce dernier procédé est celui dont je fais le plus ordinairement usage.

On n'est point d'accord sur l'étendue de l'incision qu'il faut faire à l'anneau, et sur la direction que cette incision doit avoir. Cyprianus (*de fœtu ex uteri tubâ exciso*, page 82) avait recommandé de lui donner la longueur de vingt-sept millimètres. Il n'a été suivi que par Blegny, dont le sentiment ne fait pas autorité, et par Sharp. Ce dernier dit qu'en

faisant une grande incision, non-seulement on manie moins rudement les intestins que l'on se propose de réduire, mais encore on évite les accidens qui résultent de la lésion des parties membraneuses, lorsqu'elles ne sont pas totalement incisées. Garengeot paraît être aussi de cet avis, puisqu'il recommande de porter le doigt dans l'anneau, après l'avoir incisé avec le bistouri, pour connaître le lieu qu'occupe l'artère épigastrique, avant d'augmenter le débridement avec les ciseaux. Les autres praticiens ne prescrivent rien à ce sujet, ou veulent qu'on se contente d'une incision de sept ou dix millimètres de long, ce qui suffit pour faciliter la réduction. Un débridement plus considérable exposerait au danger de blesser l'artère épigastrique. Cet accident est quelquefois arrivé. Bertrandi assure avoir ouvert des cadavres d'hommes morts quelques heures après avoir été opérés de la hernie, quoique cette opération eût été faite avec tant de facilité, d'adresse et de promptitude, que les opérateurs s'en étaient applaudis. Ils ne pouvaient concevoir la cause d'une mort si prompte et si inattendue. Mais l'étonnement a cessé quand ils ont vu le ventre plein du sang qui était sorti de l'artère épigastrique ouverte. C'est pour éviter l'inconvénient dont il s'agit que Verduc, Heister, Garengeot et Bertrandi veulent que l'incision de l'anneau monte obliquement en dedans, et qu'elle porte sur son pilier supérieur et interne.

Mais Sharp et de La Faye disent positivement le contraire. Il faut, selon eux, que le débridement se fasse en dehors, du côté de la crête de l'os des îles. Les observations que j'ai faites à ce sujet m'ont appris que cette diversité de sentimens était fondée sur celle que la nature présente dans la disposition de l'artère épigastrique. J'ai vu que cette artère monte tantôt le long du pilier externe, tantôt le long du pilier interne de l'anneau, sur les sujets qui ne sont point attaqués de hernie, comme sur ceux en qui cette maladie se rencontre. Il me semble pourtant que chez ces derniers elle suit plus ordinairement la face postérieure du pilier interne que celle de l'externe : d'où il suit qu'on s'expose moins au danger de la blesser en dirigeant l'incision en dehors qu'en la portant en dedans. Cette artère est ordinairement accompagnée d'assez près par l'artère ombilicale, et l'on n'est pas moins exposé à blesser celle-ci que l'autre. Si l'hémorragie qui doit en résulter était connue, il me semble qu'il ne serait pas extrêmement difficile d'y remédier, en portant sur l'orifice du vaisseau, après la réduction de l'intestin, un bourdonnet trempé dans l'eau styptique, et en l'y maintenant avec le doigt pendant un temps suffisamment long. On le soutiendrait ensuite avec d'autres bourdonnets, ou avec une tente introduite dans la plaie, et avec les autres pièces d'appareil.

La dilatation de l'anneau a autrefois été conseillée par Thévenin, qui écrivait vers la fin du siècle dernier. Ce chirurgien voulait qu'après avoir ouvert le sac herniaire, on conduisît une sonde creuse sous l'anneau qui forme l'étranglement, et qu'on fît glisser un dilatatoire à deux branches le long de sa cannelure, pour agrandir l'anneau sans l'inciser. Il recommandait aussi, dans quelques cas, que l'on pratiquât l'incision avec un bistouri dirigé sur la même sonde. Leblanc a renouvelé depuis peu le procédé de la dilatation dans un ouvrage qui a pour titre : *Nouvelle Manière d'opérer les hernies.* Elle doit être faite avec les doigts, et, en cas de trop grande résistance, avec un dilatatoire à deux branches assez semblable au gorgeret brisé de Foubert. Lorsqu'on veut se servir de cet instrument, il faut lui faire perdre le froid naturel de l'acier. On a soin d'ajuster ses deux branches l'une à l'autre, et de les maintenir dans cette position au moyen du ressort placé dans leur intervalle, afin qu'elles soient parfaitement unies, et qu'elles puissent être introduites plus aisément dans l'issue herniaire. L'instrument est graissé avec de l'huile, pour qu'il puisse glisser avec plus de facilité. Cela fait, on le prend comme une plume à écrire, la concavité de sa gouttière tournée vers les intestins qui doivent y être reçus, et le doigt annulaire adossé à sa convexité. Le dilatatoire ainsi tenu, on abaisse avec la main gauche

la portion d'intestin déplacée, et on le pousse avec circonspection dans l'anneau. Quand il y est introduit de la longueur de vingt-sept à trente-cinq millimètres, on détend le ressort. Il faut que la vis qui le tient ne soit pas trop serrée, si on veut que cela se fasse aisément. On appuie sur son extrémité, pour lui faire quitter la partie du manche contre laquelle il fait effort. Cette circonstance est fort utile pour éviter qu'en empoignant le manche pour faire la dilatation, et en faisant pour cela les mouvemens alternatifs qui sont nécessaires, le rapprochement des branches que ces mouvemens occasionneraient ne donne lieu au pincement de l'intestin, sans même que l'opérateur s'en aperçoive. Il ne faut plus ensuite que saisir le manche de l'instrument, et le serrer par degrés et par de petits mouvemens répétés, afin que ses branches s'écartent, et qu'elles dilatent l'anneau. A mesure que la dilatation se fait, on pousse cet instrument en avant pour la rendre plus ample. Il faut ensuite avoir soin, pendant ce procédé, de lever un peu l'anneau vers le haut avec la partie arrondie du dilatatoire.

L'usage du doigt et celui de l'instrument dont on vient de parler doivent être déterminés par les circonstances. Lorsqu'on peut tirer à soi et hors du ventre l'anse d'intestin étranglée, on peut faire la dilatation avec le doigt, qui, portant sur une portion d'intestin saine et qui n'a pas souffert d'étrangle-

ment, ne peut le meurtrir ni le froisser. S'il n'est pas possible de tirer l'intestin au dehors, il faut se servir du dilatatoire, qui peut être employé dans tous les cas sans inconvénient.

Les avantages que Leblanc attribue à cette manière d'opérer les hernies sont : 1.° qu'elle est moins douloureuse : 2.° qu'elle n'expose pas aux mêmes dangers que l'incision, et 3.° qu'elle procure aux malades une guérison radicale, au lieu qu'ils restent ordinairement sujets au retour de la hernie. Le dernier ne dépendrait-il pas de ce que l'anneau, qui n'a pas été incisé, se resserre peu à peu, pendant que le sac contracte des adhérences avec les parties intérieures, ce qui lui fait faire l'office d'un bouchon? Le débridement au contraire n'est jamais suivi de guérison radicale, parce que les bords de la plaie faite à l'anneau s'écartent, et ne peuvent plus se rapprocher et se coller l'un à l'autre ; d'où il suit que cette ouverture reste beaucoup plus grande qu'elle n'était avant. Il est vrai qu'il n'est plus à craindre que l'étranglement ait lieu ; mais le malade est forcé de porter un bandage pour s'opposer à l'augmentation successive du volume de la hernie. Malgré la préférence que Leblanc croit devoir donner à la dilatation, il convient pourtant qu'il y a des cas où l'anneau doit être incisé. Si, par exemple, il a contracté des adhérences avec l'intestin, et qu'il ne soit pas possible de détruire ces adhérences sans

en opérer le débridement, s'il y a quelque étranglement intérieur, il faut se servir de l'instrument tranchant, et même le porter plus profondément, afin de couper les brides qui retiennent les intestins, ou de séparer plus aisément les adhérences qui s'opposent à la réduction.

Leblanc croit que l'utilité de la dilatation ne se borne pas à remédier aux accidens de l'étranglement, et qu'elle pourrait être employée avec succès pour la guérison radicale des hernies simples dont le volume est considérable. Il a été parlé précédemment de l'essai qu'il a fait de ce procédé sur un jeune Anglais qui, dès sa plus tendre enfance, portait du côté droit une hernie inguinale fort grosse, et qui lui faisait souffrir des coliques violentes lorsqu'elle s'échappait. La réussite de cette opération ne peut rassurer sur les dangers auxquels seraient exposés ceux sur qui on oserait la pratiquer.

Lorsqu'on a incisé ou dilaté l'anneau, on repousse les intestins dans le ventre de la manière qui a été décrite précédemment, en commençant par réduire les premiers ceux qui sont sortis les derniers, et même le mésentère, s'il les accompagne. S'il se présente trop de difficulté dans cette partie de l'opération, il est à craindre qu'il n'y ait quelque étranglement dans le ventre au dessus de l'anneau. Dans ce cas, on introduit profondément le doigt indicateur,

sur lequel on pousse peu à peu un bistouri boutonné pour couper la bride qui forme l'obstacle. Mais il faut y apporter beaucoup de précaution, de peur de blesser les intestins ou d'ouvrir quelque artère interne. Enfin si la hernie est complète, et que le sac n'ait pas été d'abord ouvert jusqu'à sa partie inférieure, il faut le fendre en entier, pour ne pas laisser en cet endroit un cul-de-sac dans lequel le pus puisse s'amasser, ce qui mettrait obstacle à la guérison de la plaie. Quelques-uns proposent de réduire le sac après qu'on a repoussé les intestins. Lorsque la hernie dure depuis quelque temps, ce sac contracte des adhérences avec tout ce qui l'environne. Mais les choses doivent-elles se passer de même dans les hernies récentes? Nous savons que les parties ne se collent mutuellement qu'au bout de quelque temps. Il faut quelquefois plusieurs jours pour que cela arrive dans les plaies. Ici, où il n'y a pas d'inflammation déterminée, il en faut peut-être davantage. Bell a vu un cas de cette espèce dans lequel le sac de la hernie n'avait pas contracté d'adhérences. La tumeur avait paru depuis cinq à six jours; elle était de la grosseur d'un œuf. On n'eut aucune peine à réduire le sac, et après la mort, qui arriva deux jours après l'opération, le passage à travers l'aponévrose du muscle grand oblique se trouva fort dilaté; mais on n'y rencontra nulle trace de sac herniaire.

Lorsque ce sac est extrêmement grand, il est nécessaire d'en retrancher une partie; ce qui se fait aisément et sans danger avec le bistouri, pourvu qu'on ait bien examiné les parties qu'on se propose d'extirper. Jean-Louis Petit avait vu un des plus grands maîtres du siècle dernier opérer ce retranchement au moyen de la ligature. Il tenta ce procédé sur une femme attaquée d'une grosse épiplocèle à laquelle il était survenu de l'étranglement. Deux heures après, il prit à la malade de vives douleurs et des tranchées dans tout le ventre. Petit examina l'état des choses, pour voir si quelque portion d'intestin ne se serait pas déplacée par l'anneau. N'ayant trouvé rien de semblable, il pensa que les accidens survenus étaient l'effet de la ligature, et il la coupa. La malade fut soulagée comme par enchantement. Cette ligature était donc la cause du mal. Petit ne doute pas que ce ne soit à elle qu'il faille rapporter la perte de ceux qu'il a vus mourir du point doré. Cette opération était donc encore en usage de son temps; et outre que son effet n'était pas sûr pour la guérison de la hernie, elle exposait à de grands dangers.

L'opération de la hernie inguinale achevée, il ne reste plus qu'à panser le malade. Franco rapprochait les bords de la plaie, et les contenait par quelques points de suture. Rousset recommande le même procédé, que je trouve suivi par Paré, Pigrai, Thévenin

et plusieurs autres. Ce n'est que vers la fin du siècle dernier qu'on a commencé à se servir d'une tente, que l'on portait à travers l'anneau jusqu'à ce qu'elle débordât dans la cavité du bas-ventre, et que l'on ôtait lorsque la suppuration était bien établie. Alors on lui en substituait une autre moins grosse et moins longue, et cette pièce d'appareil n'était supprimée que lorsque la plaie était devenue trop étroite pour en permettre l'introduction. L'effet qu'on en attendait était d'empêcher que les parties ne se déplaçassent de nouveau, et de conserver une voie par laquelle les écoulemens intérieurs pussent se faire avec facilité. Petit, à qui l'expérience avait appris que les intestins remis dans le ventre ne font point effort pour s'en échapper, et qu'il ne doit sortir aucune humeur de cette cavité, a supprimé la tente, dont la présence fatiguait les parties, et lui a substitué une pelote mollette de linge ou de charpie qu'il appliquait sur l'anneau, et dont il ne se servait que pendant les premiers jours. Cette méthode a été généralement adoptée, et elle est encore suivie par le plus grand nombre. Cependant il y a quelques praticiens qui sont revenus à celle qu'enseignait Franco, et que ses successeurs immédiats ont mis en usage. Mertrud, membre du Collége de Chirurgie de Paris, écrivait en 1745 que la plaie qui résulte de l'opération de la hernie peut être regardée comme une plaie simple, et qu'elle ne demande que la réunion. « Si on en

rapproche les bords sans y introduire ni tente, ni pelote, ni bourdonnet, le malade, dit-il, sera guéri en sept à huit jours, au lieu de six semaines ou deux mois, et quelquefois plus, que l'on emploie ordinairement, et par-là on évitera toutes les douleurs que causent de si longs et de si fâcheux pansemens »? Depuis ce temps Mertrud a enseigné cette manière de panser dans ses démonstrations au Jardin des Plantes, et il s'en est servi très-utilement dans sa pratique. Leblanc la recommande, et Hoin l'a toujours employée, même quand il faisait le débridement de l'anneau. Il est certain que la plaie qui résulte de l'opération de la hernie peut, en quelque sorte, être considérée comme une solution de continuité aux parties saines; ainsi, il n'y a rien de mieux à faire que d'en rapprocher les bords, et de les couvrir de charpie. On mettra par-dessus quelques compresses triangulaires; et le tout sera soutenu par un bandage inguinal, lequel est infiniment préférable au spica de l'aine, dont l'application est embarrassante pour le chirurgien, et fatigante pour le malade. On aura soin après cela de soutenir les bourses avec une bande de toile fixée au reste de l'appareil. Je les ai vues s'engorger et devenir très-douloureuses, parce qu'on n'avait pas pris cette légère précaution.

Une heure après l'opération, on fait donner au malade un lavement composé d'un demi-litre de vin rouge, d'un verre d'huile de noix et de soixante

à quatre-vingt-seize grammes de sucre, pour consolider et fortifier les intestins, et les solliciter à se débarrasser de la matière infecte dont ils sont remplis. La sortie de cette matière est ordinairement précédée de celle des vents qui s'échappent peu de temps après que le malade a été opéré. S'ils tardent à se faire entendre, et que les accidens de l'étranglement ne se dissipent pas, il faut faire prendre quelques verres de tisane laxative. Dionis en fait un précepte. Il ne craint pas d'avouer qu'il est redevable de cette pratique à Moreau, médecin. Je l'ai suivie pour la première fois sur un malade à qui j'avais fait l'opération de la hernie, le second jour de l'étranglement. Quoique l'anneau eût été bien débridé, et que je n'eusse trouvé aucun obstacle à la réduction des intestins, le malade continua à avoir dès hoquets et des vomissemens fréquens les deux premières heures qui suivirent l'opération, et le ventre fort tendu, sans qu'il rendît ni vents ni matières par en bas. Je lui fis donner plusieurs lavemens qui furent sans effet. Le même jour il prit, par mon conseil, un minoratif, dont il rendit la plus grande partie par le vomissement, mais qui lui fit pousser une selle et rendre quelques vents qui le soulagèrent. Comme la tension du ventre et les autres accidens continuaient encore le lendemain matin, quoique avec moins de violence, je fis réitérer la potion purgative, qui eut l'effet que j'en attendais, et qui procura des selles fort copieuses.

Le malade a fort bien guéri. Depuis ce temps, je n'ai jamais manqué de purger ceux qui ont été confiés à mes soins, presque aussitôt après l'opération, et cette conduite m'a bien réussi.

Le premier appareil ne doit être levé qu'au bout de trois ou quatre jours. On lui en substitue un autre semblable, et les pansemens sont plus ou moins fréquens, suivant l'abondance avec laquelle la plaie suppure. La charpie sèche est presque le seul topique qu'elle exige pour son entière guérison.

La manière d'opérer que je viens d'exposer consiste à ouvrir la peau et le sac herniaire, et à débrider ou à dilater l'anneau, pour remettre les parties déplacées dans le ventre. Il y en a une autre à laquelle des auteurs de réputation ont cru devoir donner des éloges, et qui, par conséquent, mérite d'être connue. Voici comme elle est décrite par Pigrai, que l'on croit en être l'inventeur. « Il faut premièrement faire situer le malade à la renverse, puis faire une incision un doigt au plus au dessus du lieu qui est serré, parce que dessus ce lieu on ne peut le faire sans blesser l'intestin. L'ouverture étant faite jusqu'au péritoine, il faut faire tourner le malade sur le côté opposé, afin de reculer les intestins du lieu où l'ouverture doit être faite, puis couper le péritoine et mettre un doigt dans la plaie, retirant peu à peu et doucement l'intestin qui est tombé, et le ramenant en son lieu naturel, ayant les mains un

peu frottées de beurre ou d'huile d'amande douce; et s'il y en avait telle quantité de tombée qu'on fût contraint de faire une plus grande ouverture, il la faudrait faire jusqu'au lieu serré, mais en y mettant le doigt, et la faire sur une sonde pour la conservation de l'intérieur ».

Rousset, qui écrivait en 1580, et par conséquent peu de temps avant Pigrai, dont l'*Epitome præceptorum medicinæ chirurgicæ* n'a paru qu'en 1609, nous apprend que cette opération, qu'il regarde comme nouvelle, a souvent été pratiquée par Florent Vallensis (Duval), par le fils de cet habile opérateur, et par un autre chirurgien qu'il nomme Charles Maupas. Leur procédé était celui-ci. Ils faisaient une ouverture au ventre un peu au dessus de la hernie. Ensuite ils coupaient avec précaution les muscles et le péritoine jusqu'au lieu par où les parties sortaient, et après avoir écarté et agrandi cette ouverture, ils remettaient l'intestin en dedans, et de cette manière ils sauvaient la vie au malade lorsqu'il était prêt à la perdre; enfin ils réunissaient la plaie au moyen de la gastroraphie.

Comment une méthode connue depuis si longtemps a t-elle pu être attibuée à Cheselden, auteur moderne? Ce n'est pas la seule méprise dans laquelle Heister soit tombé à cette occasion, car il ne paraît pas que Cheselden ait jamais pratiqué l'opération dont il s'agit. Le cas qu'il rapporte, est celui de Jean

Heisman, qui fit, le vendredi avant Pâques, un effort considérable suivi d'une hernie avec étranglement. Il fut porté le lundi suivant à l'hôpital S. Thomas, où il ne fut opéré que le lendemain, parce qu'il ne voulut pas l'être le jour même. Cheselden lui fit une grande incision, ce qui facilita la rentrée des intestins. L'épiploon était adhérent. Il fut lié en deux endroits, et coupé entre les deux ligatures. Le malade a fort bien guéri.

La gravure qui accompagne le récit de ce fait représente l'épiploon déplacé, au dessus duquel on a passé les fils propres à le lier. L'incision paraît s'étendre beaucoup au-delà de la hernie; et c'est sans doute cette circonstance qui, jointe à l'expression de Cheselden, qui dit avoir fait une incision *in the bottom of the abdomen*, au bas de l'abdomen, qui a trompé Heister et ceux qui en ont parlé d'après lui. Mais ces mots signifient qu'elle fut pratiquée au bas du ventre, et n'indiquent pas qu'elle l'ait été au dessus du lieu qu'occupait la hernie. Si l'on en croit Heister, Cheselden n'a fait en cela qu'imiter un chirurgien hollandais qu'il nomme Smalzius, et qui, au rapport de Frédéric Deckers, a mis cette opération en usage plusieurs fois, ce que je n'ai pas été à portée de vérifier.

Quoi qu'il en soit, nous ne devons pas regretter que ceux dont elle a été connue ne soient pas entrés dans un plus grand détail à son sujet. Les incon-

véniens qu'elle présente sont si grands, qu'on ne peut s'empêcher de la rejeter. Car, outre celui d'exposer le malade au danger d'une hernie ventrale consécutive, sans le préserver pour l'avenir de celle dont il est déja attaqué, il est à craindre que l'intestin et l'épiploon n'aient contracté des adhérences vicieuses qui empêchent de les retirer de la poche dans laquelle ils se sont engagés, et que la pourriture ne s'en soit déja emparée. C'est ce qui est arrivé à un des malades dont Rousset nous a conservé l'histoire. Trois jours après qu'on lui eut fait l'opération, les excrémens commencèrent à sortir par l'intervalle des fils qui avaient servi à faire la suture de la plaie. Cette excrétion dura quinze jours. Lorsqu'elle eut cessé, il s'en fit une autre pendant quatre mois d'une humeur semblable pour sa couleur à une décoction de rhubarbe. On y remédia par des lavemens et des injections faites par la plaie. La guérison a été complète. Mais un seul exemple ne peut servir de règle, et il ne doit rien diminuer de la crainte des dangers dont l'opération en question doit être suivie.

2.° Lorsque les intestins sont adhérens entre eux, ou qu'ils le sont au sac herniaire, il faut examiner la nature de cette adhérence. Si elle ne vient que de l'inflammation qui résulte de l'étranglement, si elle n'est causée que par l'humeur visqueuse qui transpire des parties médiocrement enflammées, on

la détruit avec le doigt, puis on réduit les intestins et on panse la plaie comme il a été dit précédemment. Si cette adhérence est ancienne, si elle est telle, que les intestins soient intimement unis entre eux, il faut se contenter de débrider l'anneau, et panser le malade sans réduire les parties sorties. Ce pansement consiste à les couvrir avec des plumasseaux trempés dans un mélange d'huile rosat et d'eau tiède. On mettra par-dessus des compresses imbibées du même mélange, et le tout sera soutenu avec le bandage inguinal. Les accidens cessent aussitôt que l'étranglement est détruit. Les intestins rentrent peu à peu dans le ventre, où ils sont entraînés par le ressort du mésentère; et s'ils ne retournent pas en entier dans le lieu qui leur est naturel, il se fait une exfoliation de leur membrane extérieure, et il s'élève de leur surface des bourgeons charnus qui s'unissent aux parties voisines, et qui contribuent à la formation de la cicatrice. Ce procédé est bien plus avantageux que celui de séparer les intestins par la voie de la dissection, comme quelques-uns le recommandent, ce qui les expose à être blessés. Il est applicable au cas où le volume des intestins est considérable : car, quoique sains et non adhérens, ils ne peuvent être repoussés dans le ventre sans éprouver du froissement et de la contusion, et lorsqu'on parvient à les y retenir, on expose les malades à des

douleurs vives qui ne cessent que lorsqu'on les laisse sortir de nouveau.

On trouve à ce sujet une observation intéressante dans les œuvres posthumes de J. L. Petit. Un homme qui portait depuis long-temps une hernie intestinale excessivement grosse, étant tombé dans les accidens de l'étranglement, Petit l'opéra. Il fut surpris, après avoir mis les intestins à découvert, de ne pouvoir les faire rentrer. Ces intestins ne paraissaient distendus par des vents, ni par aucune matière retenue. L'anneau était bien débridé, et il n'y avait pas lieu de soupçonner d'adhérences ou d'étranglement intérieur. Il fallut absolument laisser les intestins au dehors. Ils furent couverts avec des linges trempés dans une légère décoction de guimauve que l'on disposa de manière à former une espèce de poche ou de suspensoire. Ces pansemens étaient réitérés cinq à six fois par jour. On les continua pendant deux mois. La suppuration des parois de la plaie, la fonte des graisses voisines, la diminution de l'embonpoint général qui suppose celle de l'épiploon et du mésentère, permirent à l'intestin de rentrer insensiblement dans le ventre. La convexité de l'arcade intestinale resta au bord de l'anneau. L'exfoliation de la tunique extérieure de cette partie d'intestin servit de point d'appui à la cicatrice, qui se faisait de la circonférence au centre. Le malade guérit par une consolidation parfaite de la plaie ; il fut seulement assujetti

à porter un bandage. Il y a dans le troisième volume des Mémoires de l'Académie de Chirurgie une observation fort curieuse qui lui a été communiquée par Vacher de Besançon, et qui a quelque rapport à celle-ci. Le cas dont il s'agit n'est-il pas un de ceux pour lesquels on pourrait pratiquer aux intestins une légère ouverture qui permît aux vents de s'échapper? Il a été parlé de ce procédé à l'article des plaies du ventre, et malgré les succès qu'il paraît avoir eus entre les mains de chirurgiens distingués, je n'ai pas dissimulé les inconvéniens qu'il pourrait avoir. Peut-être des expériences hardies permettront-elles un jour de l'apprécier plus favorablement, et de le ranger parmi ceux que la pratique avoue.

3.° Lorsque les intestins sont gangrenés, ou ils ne sont que pincés dans une partie plus ou moins grande de leur diamètre, ou ils sont repliés en double et forment une anse dans la tumeur. Dans le premier cas, ils ont presque toujours contracté des adhérences avec l'anneau, ainsi qu'il a été dit ci-dessus. Les soins qu'il convient de donner au malade se bornent à ouvrir les intestins, si la pourriture ne les a pas encore entamés, ou que l'ouverture qu'elle y a faite ne soit pas assez grande pour permettre un libre écoulement aux matières qu'ils contiennent, ou à panser le malade avec des plumasseaux trempés dans du vin tiède et soutenus par un appareil extrêmement lâche, s'il s'y est fait une crevasse con-

sidérable et que les matières se soient épanchées dans le sac, ou qu'elles se soient infiltrées dans le tissu cellulaire, après avoir fait tomber le sac en mortification. Il ne faut pas toucher à l'anneau, de peur de détruire quelqu'une des adhérences que l'intestin altéré peut avoir contractées avec lui. La dilatation et le débridement n'ont pour but que de mettre les parties déplacées à l'aise, et de faire cesser l'étranglement, afin qu'elles puissent être repoussées dans le ventre, et que l'inflammation qui s'en est emparée puisse se dissiper, s'il n'est pas possible de faire la réduction. Or il ne faut ici ni les réduire ni chercher à combattre l'inflammation qui y est survenue, puisque cette inflammation n'existe plus, et qu'elle a déjà dégénéré en gangrène.

Les pansemens doivent être fort fréquens, parce que l'appareil est promptement inondé de matières âcres et putrides, dont le séjour pourrait attirer de l'inflammation et de l'excoriation sur les parties voisines. Il faut aussi vider les intestins par des lavemens, et nettoyer de bonne heure la totalité du canal intestinal au moyen de purgatifs doux, comme lorsque les intestins sont sains, et pour la même raison. Le malade est promptement soulagé pour l'ordinaire, et il n'éprouve d'autres incommodités que celles que la plaie lui cause. En conséquence on peut lui permettre de bonne heure d'user d'une quantité raisonnable d'alimens de facile digestion.

Le chirurgien ne peut être trop attentif à examiner la route que suivent les matières excrémenteuses. Si elles reprennent leur cours naturel, et que la quantité qui s'en échappe par la plaie diminue de jour en jour, sans qu'il soit nécessaire, pour en tarir la source, de diminuer la quantité d'alimens dont le malade use, c'est une preuve que l'intestin a souffert une perte de substance médiocre, et qu'il a conservé la plus grande partie de son calibre. Rien ne s'oppose alors à ce qu'on favorise les vues de la nature, qui, après avoir nettoyé la plaie par l'expulsion des parties altérées et corrompues, en rapproche les bords, et tend manifestement à une cicatrisation prompte. Si au contraire les matières excrémenteuses passent opiniâtrément par la plaie; si les purgatifs et les lavemens auxquels on a eu recours dans les commencemens ne les ont pas ramenées du coté de l'anus; si on ne peut en diminuer la quantité qu'en retranchant au malade une partie des alimens qu'on a cru devoir lui permettre, on ne peut douter que la perte de substance que l'intestin a soufferte ne soit considérable et que son diamètre ne soit beaucoup rétréci. Lorsque les choses sont ainsi disposées, on ne pourrait, sans imprudence, permettre à la plaie de se fermer entièrement. Il surviendrait bientôt au malade des coliques occasionnées par l'amas des matières stercorales dans la portion du canal intestinal supérieure

à la hernie, et ces coliques pourraient être suivies d'une crevasse et d'un épanchement mortel dans le ventre. La pratique a souvent fourni des exemples de cette fâcheuse terminaison. Il est facile de l'éviter en établissant à l'endroit de la plaie un anus contre nature par lequel les excrémens sortiront pendant toute la vie; ce que l'on obtiendra au moyen d'une tente suffisamment grosse que l'on introduira à chaque pansement dans l'ouverture par laquelle les matières s'écoulent, et que l'on soutiendra avec soin, de peur qu'elle ne soit chassée par le ressort des parties, et que cette ouverture ne se resserre trop.

Il est d'autant plus nécessaire de prendre garde aux circonstances qui permettent de laisser fermer la plaie, et à celles qui s'y opposent, que, d'une part, il serait fâcheux de s'en être laissé imposer par les apparences d'une fausse guérison, si le malade venait à ressentir des indispositions relatives au resserrement du canal intestinal, et que de l'autre il serait désagréable de penser qu'il aurait pu guérir sans rester exposé à l'inconvénient d'un anus contre nature, et aux accidens dont cette incommodité peut être suivie. En effet, quoique nous soyons assujettis à la nécessité de rendre nos excrémens, et que le lieu par où cette évacuation se fait soit assez indifférent en lui-même, les anus contre nature ne sont pas moins une infirmité rebutante et fâcheuse. Il est

vrai que les matières qui en sortent, n'ayant pas séjourné long-temps dans les intestins, n'ont pas la fétidité de celles que l'on rend par les voies ordinaires; mais aussi, comme l'ouverture qui leur donne issue ne peut avoir l'organisation qui se remarque à l'extrémité du rectum, et que cette ouverture manque surtout d'un sphincter qui s'ouvre et se resserre suivant le besoin, elles s'échappent continuellement, et sans que les malades en soient avertis. Quelques-uns ont pu faire usage d'une boîte dans laquelle leurs excrémens tombaient. Mais la situation de l'ouverture par laquelle les intestins sortent n'est pas toujours assez favorable pour qu'ils puissent être reçus dans un vaisseau approprié. D'ailleurs la pression que les bords de ce vaisseau doivent exercer sur ceux de la plaie peut devenir nuisible; à quoi on peut ajouter qu'il est très-difficile d'ajuster ce vaisseau de manière à empêcher que les excrémens ne se répandent dans les vêtemens du malade.

La malpropreté n'est pas le seul inconvénient des anus contre nature. On a vu des personnes que cette incommodité a jetées dans le dépérissement, et qu'elle a fait mourir à la longue. Cela n'a rien d'étonnant. Les substances alimenteuses dont nous usons doivent séjourner un certain temps dans le canal des intestins, soit pour y être soumises aux forces digestives, soit afin que le chyle qu'elles four-

nissent puisse être pompé en assez grande quantité par les vaisseaux lymphatiques répandus sur ce canal. Si les matières s'en écoulent continuellement sans avoir subi les changemens nécessaires, et surtout avant d'avoir donné ce qu'elles contiennent de parties vraiment nutritives, le malade ne sera pas nourri comme à l'ordinaire, et il perdra peu à peu de ses forces. Il faut pourtant convenir que lorsque l'ouverture établie pour l'évacuation des excrémens n'intéresse que les dernières circonvolutions de l'iléon, le danger auquel le malade se trouve exposé à cet égard se réduit à bien peu de chose.

Une suite plus fâcheuse des anus contre nature, est le renversement d'instestins dont ils sont presque toujours suivis. Cet accident était peu connu avant le Mémoire que j'ai publié à ce sujet dans le cinquième volume de ceux de l'Académie de Chirurgie. J'avais eu occasion de l'observer pour la première fois, quelques années avant, sur un jeune homme dont l'anus contre nature, situé à la partie inférieure et moyenne de l'hypocondre gauche, présentait une ouverture ronde de trente millimètres de diamètre. Une protubérance du volume du poing, d'une consistance mollasse et d'une couleur rougeâtre qu'il portait en cet endroit, excita mon attention. Cette tumeur naissait du dedans de l'ouverture même. Elle était surmontée de plusieurs tubercules un peu plus gros que des grains de chénevis, jetés sans ordre

sur sa surface, et elle était couverte d'une mucosité semblable à celle dont les intestins sont enduits intérieurement. Les excrémens sortaient de sa base : ils étaient de consistance liquide et sans odeur. Le blessé, que j'interrogeai sur son état, me dit que cette indisposition était la suite d'un abcès qui lui était survenu à l'âge de neuf mois; que depuis ce temps, les matières stercorales étaient toujours sorties par cette voie, qu'il n'en passait presque pas par l'anus, et que le peu qui en sortait avait une consistance assez ferme et une couleur blanchâtre. Il ajouta que la tumeur que je voyais n'avait pas commencé à paraître d'abord ; qu'elle avait grossi peu à peu, et même qu'elle augmentait tous les jours; qu'elle ne lui causait aucune douleur, quoiqu'elle fût exposée à l'action de l'air extérieur, et qu'il la bassinât souvent avec de l'eau froide; enfin que les alimens liquides sortaient par la fistule presque aussitôt qu'il les avait avalés, et sans aucune altération. Je ne pouvais presser la tumeur, ni même l'écarter de dessus l'ouverture qui lui donnait naissance, et dont elle couvrait la plus grande partie, sans causer au blessé les douleurs les plus vives. Je parvins cependant à bien examiner les dimensions de sa fistule, et je vis qu'elle était bordée circulairement par une cicatrice fort délicate et prête à se déchirer, pour peu qu'elle eût éprouvé la moindre violence. Ce fait, qui pour lors était nouveau pour moi, me parut

mériter d'être observé dans toutes ses circonstances. Je jugeai que la tumeur était formée par le renversement d'une portion du colon dépendante de la partie qui s'étendait depuis l'ouverture jusqu'à l'anus, et que cette maladie était de la même espèce que celle qui est connue sous le nom de chute du rectum.

J'ai vu depuis, pendant assez long-temps, aux Invalides, deux hommes qui portaient des anus contre nature compliqués de renversement d'intestin semblable à celui dont je viens de parler. Les exemples de cette espèce ne sont point rares. On en trouve dans les ouvrages d'Albinus, dans ceux de Lecat et de Leblanc. Il serait à souhaiter que l'on pût guérir cette indisposition, mais l'adhérence que l'intestin contracte avec l'anneau, et le resserrement qui y survient lorsqu'il est resté quelque temps sans action, ne permettent guère de l'espérer. Peut-être cependant serait-il possible d'y réussir par des soins bien dirigés lorsque le mal est encore récent, et que la tumeur formée par l'intestin blessé est peu considérable. Ces soins ne doivent pas être différens de ceux qu'exige la chute du fondement, puisque ces deux maladies sont de la même nature. Ils consistent à repousser doucement la tumeur dans le ventre, et à la contenir au moyen d'une pelote mollette et d'une épaisseur convenable, qu'on ait soin de renouveler souvent par rapport aux matières ex-

crémenteuses qui sortent de la plaie. La situation du malade doit contribuer beaucoup à sa guérison. Il faut lui recommander de se tenir couché le plus long-temps possible sur le côté opposé, afin d'éviter le poids du canal intestinal; lui prescrire la plus grande attention à ne faire aucun mouvement forcé qui, mettant le diaphragme et les muscles du ventre en jeu, forcerait les intestins à s'échapper par l'ouverture extérieure; tenir le ventre souple et libre, si les excrémens éprouvent quelque difficulté à sortir par l'anus contre nature; raffermir les parties voisines de cet anus par des fomentations légèrement astringentes et répercussives, etc. Il serait aussi fort essentiel de soutenir les bords de la fistule avec un bourrelet d'ivoire ou de toute autre matière, si le malade rendait des excrémens qui eussent de la consistance, et qu'il éprouvât avant leur sortie un ténesme semblable à celui qui précède l'évacuation des grosses matières par les voies ordinaires. C'est ainsi que, par des conseils simples et d'une exécution facile, on pourrait prévenir une indiposition fâcheuse par elle-même, et qui exposerait les malades au danger le plus pressant, si la tuméfaction, à laquelle les intestins renversés hors des anus contre nature sont sujets, devenait assez considérable pour qu'ils fussent étranglés par l'ouverture même qui leur donne issue.

S'il se présentait un anus contre nature compliqué

de renversement d'intestin, qui fût la suite, non d'une hernie avec gangrène, laquelle suppose une déperdition de substance plus ou moins grande, et un resserrement qui met obstacle au libre cours des matières excrémenteuses, mais d'une plaie qui eût ouvert un des intestins sans y causer une altération trop sensible, les soins dont on vient de parler pourraient conduire à une guérison presque entière. C'est ce que Desault a éprouvé dans un cas trop intéressant pour ne pas trouver place ici.

Un matelot fut blessé par un éclat de bombe à la partie inférieure et droite du ventre, et il lui resta à l'endroit de la plaie une ouverture fistuleuse par laquelle il perdait tous ses excrémens, et qui donnait issue à deux portions intestinales. L'une, de forme conique et de deux cents quarante trois millimètres de longueur, au sommet de laquelle était l'ouverture qui laissait échapper les matières; l'autre, plus petite et de forme ovalaire, froncée comme une bourse, et de laquelle il ne sortait que des sérosités. Le malade rendait de temps en temps par l'anus une petite quantité de matières épaisses et de couleur blanchâtre. Sa maigreur était extrême, et il avait dans le ventre des tiraillemens qui l'obligeaient de se tenir courbé.

Desault voulut essayer l'effet de la compression sur les tumeurs intestinales. Il serra pendant quelque temps la plus grosse entre ses mains; et s'a-

perçut qu'elle diminuait de volume, ce qui le détermina à l'entourer d'une bande dont les circonvolutions étaient peu serrées, pour ne pas nuire à la sortie des excrémens. Dès le soir, ce bandage étant devenu trop lâche, on en mit un plus serré, et le quatrième jour les deux portions d'intestins purent être réduites. L'ouverture fistuleuse fut bouchée par un gros tampon de linge de quatre-vingt un millimètres de long, lequel y fut introduit, et fut soutenu par un bandage inguinal. Il fallut lever cet appareil deux fois le jour, pour laisser sortir les matières. Mais il survint bientôt des coliques et des cuissons douloureuses dans le ventre, qui obligèrent le malade à se présenter pour aller à la garde-robe. Il rendit un hectogramme et demi de matières fluides, et il eut dans la nuit huit autres déjections semblables, lesquelles l'affaiblirent, comme il arrive après un cours de ventre ordinaire.

Le tampon fut supprimé le huitième jour. On y suppléa avec un gâteau de charpie qu'on soutint au moyen de compresses et d'un bandage élastique. Le jeune homme se redressa, il prit des forces, et il ne lui resta plus qu'un suintement séreux.

Quelque temps après, un effort indiscret a dérangé le bon état dans lequel il était. L'ouverture s'est agrandie, et il en est sorti une portion d'intestin longue de deux cents quarante-deux millimètres, laquelle s'est engorgée et est devenue dou-

loureuse. Six jours de compression l'ont mise en état de pouvoir être réduite. Il est survenu des gargouillemens et des coliques, comme il était arrivé précédemment, et les matières ont repris leur cours naturel.

Noel, depuis chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Dunkerque, a obtenu la guérison d'un anus contre nature avec renversement d'intestin par les mêmes moyens. Les matières ont recommencé à couler par les voies ordinaires le cinquième jour : depuis ce moment elles n'ont pas éprouvé d'interruption, et le malade était prêt à sortir de l'hôpital de Reims ou Noel exerçait alors, lorsqu'il communiquait cette observation à Desault, le 5 juin 1791.

Le cas où les intestins gangrenés forment une anse dans la tumeur présente plus de difficultés. Ils y sont libres pour l'ordinaire et sans adhérence. Il serait imprudent d'en faire la réduction. Le poids des matières, dont la totalité du canal est remplie, ne tarderait pas à y occasionner quelque crevasse, suivie d'un épanchement mortel. Il faut le tirer doucement hors de l'anneau, pour voir l'étendue de la gangrène, dont les progrès s'étendent souvent dans le ventre, retrancher ce qui est mortifié très-près de la partie saine, et rapprocher les extrémités du canal, pour qu'elles puissent se réunir.

On a imaginé divers procédés pour obtenir cette

réunion. Celui dont on s'est servi le plus anciennement, consiste à introduire un morceau de trachée-artère d'un animal dans les deux bouts de l'intestin, à y faire quelques points de suture, et à le repousser dans le ventre. Guy de Chauliac attribue cette invention aux quatre maîtres qui vivaient sur la fin du treizième siècle. Ces hommes célèbres, que la charité avait rassemblés dans la même demeure, et qui s'étaient entièrement dévoués à l'exercice de leur profession en faveur des pauvres, sont au nombre des fondateurs de la Société des Chirurgiens de Paris. On dit qu'ils avaient composé en commun un ouvrage qui est perdu depuis un siècle, et qu'on regrette avec raison. Ceux qui les ont suivis, craignant sans doute qu'une partie molle et susceptible de pourriture, telle qu'un morceau de trachée-artère, ne restât pas assez longtemps dans l'intestin blessé, pour en soutenir les bords, et pour empêcher l'effusion des matières qu'il contient, ont imaginé de lui substituer une canule de sureau. Mais, outre que la nature expulserait bientôt cette canule comme un corps étranger, elle pourrait contondre et froisser l'intestin dans lequel on l'aurait introduite. Ces inconvéniens ont fait rejetter le procédé dont il s'agit, par Guy de Chauliac et par Fabrice d'Aquapendente. Ce dernier ne craint point de qualifier d'ineptes ceux qui l'ont proposé. Cependant on peut se servir avec

avantage de la trachée-artère, pourvu qu'on prenne des précautions capables d'en prévenir la putréfaction, et propres à la tenir pendant quelque temps vis-à-vis de la plaie. Le fait qui suit, et que j'emprunte du troisième volume des Mémoires de l'Académie de Chirurgie, en est une preuve.

Un suisse était attaqué depuis neuf jours des accidens de l'étranglement à l'occasion d'une hernie inguinale. La tumeur était molle et sans ressort ; le pouls était languissant ; le malade vomissait les matières fécales, et il avait le hoquet. Duverger, alors chirurgien-major de l'hôpital de Maubeuge, jugea bien que l'intestin était gangrené. Ses réflexions et le succès qu'il avait autrefois obtenu sur un chien auquel il avait coupé un intestin en travers, en rapprochant les deux bouts de cet intestin et en y faisant quelques points de suture sur une portion de trachée-artère de veau, le déterminèrent à se servir du même moyen. Après avoir tout disposé, il ouvrit la tumeur à l'ordinaire. L'intestin était sorti de la longueur de deux doigts. L'anneau fut débridé suffisamment pour avoir la liberté de le faire rentrer avec ce qu'il se proposait de mettre dans sa cavité, puis ce qu'il y avait d'intestin gangrené fut emporté. La trachée-artère était toute préparée : elle était garnie d'autant de fils qu'il devait y avoir de points de suture. Duverger en avait passé trois à distances égales dans le morceau dont il allait se servir ; il avait eu la pré-

caution de le mettre dans du vin tiède, pour lui donner de la souplesse et de la chaleur. Il le trempa dans un mélange de baume du Pérou et du commandeur, et l'introduisit dans l'intestin, de façon que cette portion de trachée-artère en soutînt les deux bouts comme un cintre porte une voûte. Ensuite, par le moyen de petites aiguilles courbes dont chaque bout de fil était armé, Duverger fit des points de suture en piquant de dedans en dehors, à trois ou quatre lignes des bords de la plaie qu'il faisait rapprocher légèrement par un aide. L'intestin fut remis dans le ventre et abandonné aux soins de la nature. Le pansement n'eut rien de particulier. Le lendemain de l'opération le malade eut une garde-robe, et les hoquets et les vomissemens cessèrent. Il continua d'avoir le ventre libre. On trouva quelque temps après les anneaux de la trachée-artère dans les selles, et la plaie fut entièrement cicatrisée le quarante-cinquième jour.

La seule objection que l'on puisse faire contre cette manière de réunir les deux bouts d'un intestin entièrement divisé, c'est que la trachée-artère qui les soutient n'en peut être expulsée sans que les fils qui ont servi à faire la suture coupent les parties qu'ils embrassent. Voilà donc autant de plaies qu'il y a de points de suture. Ces plaies doivent attirer de l'inflammation. Les épreuves qui ont été faites sur des animaux vivans ont montré qu'elle avait donné lieu à des adhérences nombreuses de l'intestin et de

l'épiploon entre eux. Ritch, premier chirurgien du feu roi de Pologne, qui avait suivi un de mes cours d'opérations, a décrit d'après moi, dans le quatrième volume des Mémoires de l'Académie de Chirurgie, un procédé que j'enseignais depuis long-temps, et qui n'est autre chose que celui de Duverger simplifié. Il faut, dit-il, introduire dans le bout supérieur de l'intestin divisé un petit cylindre préparé avec une carte roulée. Le diamètre de ce cylindre doit être moindre que celui de l'intestin, afin qu'il puisse y entrer avec facilité. La carte aura été vernissée avec de l'huile de térébenthine; et à l'instant qu'on voudra s'en servir, elle sera trempée dans de l'huile d'hypéricum ou autre semblable. Quand le cylindre aura été placé dans le bout supérieur de l'intestin, on l'introduira de même dans celui qui est continu au rectum. Ensuite, pour maintenir la carte en place, on passera une anse de fil par un seul point d'aiguille qui traversera les deux bouts de l'intestin et le cylindre de carte. On nouera ensemble les extrémités du fil à cinquante-quatre ou quatre-vingt-un millimètres du canal intestinal. Après avoir approché convenablement l'intestin de l'anneau, le fil sera assujetti dans la plaie. On ne le retirera qu'au bout de quelques jours, lorsqu'on croira que la cohésion de l'intestin est suffisante, et cela sera facile en coupant le fil au niveau de l'anneau, et en le tirant doucement.

Je ne pense pas comme Ritch qu'il faille attendre, pour placer le fil qui doit servir à faire la suture, que le cylindre de carte soit introduit au dedans de l'intestin. On aurait trop de peine à traverser en même temps les membranes et la carte. Je suis d'avis, au contraire, que le fil ait été placé préalablement, comme dans le procédé employé par Duverger, et que l'intestin soit ensuite percé de dedans en dehors avec des aiguilles dont chaque extrémité du fil ait été garnie. Ritch parle aussi de donner à l'anse de fil une torsion que je ne juge pas nécessaire. Enfin, il veut que l'un des deux bouts d'intestin soit introduit dans l'autre, suivant une méthode dont je parlerai plus bas. Mais il me paraît suffisant de les affronter pour en opérer le recollement.

Le second procédé que l'on ait employé dans cette vue est dû à La Peyronnie. Cet illustre praticien, ayant opéré un homme de trente ans qui était depuis plusieurs jours dans les accidens de l'étranglement, trouva que la mortification s'était déjà emparée des intestins, du sac herniaire et des tégumens. Toutes ces parties percées comme un arrosoir donnaient passage aux matières stercorales. Lorsque la tumeur eut été ouverte dans toute son étendue, il vit que l'anneau était fort dilaté par les intestins, et par le cordon des vaisseaux spermatiques, qui était aussi tombé en pourriture. La Peyronnie reconnut que la gangrène s'était étendue dans le ventre. En effet, les

intestins étaient gangrenés plus de cinquante-quatre millimètres au dessus de l'anneau. Ils vinrent avec tant de facilité, qu'il jugea bien qu'ils étaient sans adhérence. Il emporta, autant qu'il lui fut possible, tout ce qui lui parut hors d'espérance de pouvoir se ranimer. Pour se rendre maître des deux bouts sains de l'intestin qui aurait pu rentrer dans le ventre et y causer du désordre, il passa un fil avec une aiguille à travers le mésentère, et fit un pli à cette partie, pour rapprocher les deux bouts de l'intestin et les assujettir l'un vis-à-vis de l'autre. Ensuite il forma une anse capable de retenir les parties qu'il voulait empêcher de rentrer trop avant dans la capacité du ventre, ce qui facilita la sortie des matières stercorales et de celles que fournissait la suppuration. Peu à peu ces matières se partagèrent. Il en coula peu par la plaie ; le reste passa dans la partie inférieure du canal intestinal, et le malade n'alla à la selle que par les voies ordinaires, quand il observait un régime convenable. La plaie se rétrécissait de jour en jour, et elle se cicatrisa enfin tout-à-fait au bout de quatre mois, et après que le malade se fut assujetti à une diète fort rigoureuse pendant trois semaines. Six mois après, il ressentit des douleurs piquantes dans la plaie. Ces douleurs furent suivies d'une tumeur de la grosseur d'une noisette, qui s'ouvrit d'elle-même, et qui fournit pendant un mois du pus et quelques matières stercorales détrempées. Il en sortit aussi un

petit os que le malade avait avalé. Depuis ce temps la cicatrice a été solide ; mais il est survenu une nouvelle hernie qu'il a fallu contenir par un bandage, et le malade est resté sujet à une colique habituelle. Celui que La Peyronnie avait déjà opéré anciennement, et dont il est parlé dans l'histoire de l'Académie des Sciences, année 1723, avait eu aussi des coliques occasionnées par le rétrécissement des intestins à l'endroit altéré, et par la difficulté que les matières trouvaient à y passer. La Peyronnie l'a très-bien observé : mais il ne paraît pas s'être aperçu que ce rétrécissement venait en grande partie de ce que l'intestin retenu dans la plaie fait un coude qui rend cet obstacle plus difficile à vaincre.

Ramdhor, premier chirurgien du duc de Brunswick, a évité cet inconvénient au moyen d'un troisième procédé que voici. Une femme avait une hernie intestinale avec étranglement, qui, après lui avoir causé les douleurs les plus vives, se termina par un abcès, lequel s'ouvrit de lui-même. Il en sortit une anse d'intestin longue de cinquante-quatre centimètres. Cette femme, incertaine du parti qu'elle avait à prendre, fit appeler Ramdhor. Lorsqu'il fut arrivé, il trouva que l'intestin sorti était déjà sphacelé. Il jugea qu'il fallait en faire l'extirpation, ainsi que celle de la portion du mésentère à laquelle il était attaché, et qu'ensuite il était nécessaire de réunir les bouts d'intestin sain. En conséquence, il

introduisit le supérieur dans l'inférieur, et les maintint par un point de suture médiocrement serré. Le succès fut si complet, que dès le lendemain les excrémens reprirent leur route ordinaire. La malade fut guérie en fort peu de temps. Elle a vécu pendant un an, après quoi elle est morte de pleurésie. L'ouverture de son corps a fait voir que l'intestin était fort bien réuni, et qu'il formait un canal continu et adhérent au péritoine vis-à-vis l'anneau. Ce procédé paraît beaucoup plus avantageux que les autres. Il procure la réunion prompte des deux bouts de l'intestin; et ne l'expose pas à être froncé et resserré, comme lorsqu'il a été retenu quelque temps dans la plaie pour le passage des matières fécales. D'ailleurs, comme on a fait la réduction sur-le-champ, il ne contracte pas des adhérences vicieuses avec les parties voisines, et ne forme pas de coude comme dans le procédé de La Peyronnie. Cependant, quoique digne des plus grands éloges, cette manière d'opérer était susceptible de perfection. Il est essentiel que ce soit le bout supérieur de l'intestin que l'on introduise dans l'inférieur. Mais comment les distinguer l'un de l'autre au moment de l'opération? Ils fournissent tous deux beaucoup de matières, et ne cessent d'en donner que lorsque le canal intestinal est entièrement dégorgé, ce qui n'arrive que plusieurs heures après qu'il a été ouvert. D'ailleurs n'est-il pas à craindre, si on les rapproche

sur-le-champ, que leur agglutination ne soit empêchée par les matières abondantes qui doivent traverser le lieu de leur réunion? Louis a proposé de les laisser hors de l'anneau pendant plusieurs heures, et de profiter de ce temps pour faire prendre un minoratif au malade; ce délai permet de les distinguer l'un de l'autre, et facilite la réunion. Il veut aussi que l'on fasse la ligature des vaisseaux du mésentère, si on est obligé de retrancher une portion de ce lien membraneux, et qu'on y forme un pli maintenu par une anse de fil, comme le pratiquait La Peyronnie, pour assujettir les deux bouts de l'intestin. Cette anse a de plus l'utilité de les retenir vis-à-vis de l'anneau, et de faciliter la sortie des matières stercorales par la plaie, en cas qu'il vienne à s'en échapper.

Les vues des praticiens ne se sont pas toujours tournées vers la réunion des deux extrémités de l'intestin, dont on avait retranché ce qui était mortifié. Plusieurs ont pensé que ce serait beaucoup de conserver la vie aux malades aux dépens d'un anus contre nature par lequel les matières s'écouleraient pendant toute la vie. Tel était le but de l'opération imaginée par Littre, médecin et membre de l'Académie des Sciences, et décrite dans les mémoires de cette compagnie pour l'année 1700. « Avant de faire l'extirpation de la portion d'intestin qui est gangrenée, le chirurgien, dit-il, aura soin de le

donner à tenir, de peur qu'il ne rentre dans la cavité du ventre. Ensuite il en examinera les deux bouts, pour discerner celui qui tient au duodénum d'avec celui qui est continu au rectum. Le premier se reconnaît, 1.° par un mouvement vermiculaire qu'on y remarque après l'amputation; 2.° par quelques matières qui en sortent de temps en temps; 3.° parce que les parties ne s'affaissent pas en entier; et, si cela leur arrive, elles sont relevées peu de temps après par l'effort que la matière fait pour sortir. Le bout continu au rectum se connaît, 1.° parce qu'on n'y observe aucun mouvement péristaltique; 2.° parce qu'il n'en sort pas de matières, à moins que, par un mouvement antipéristaltique, une partie de celle qui est descendue ne rétrograde pour sortir par ce bout d'intestin ». Lorsqu'ils sont bien distingués l'un de l'autre, il faut lier le bout continu au rectum; ensuite le repousser dans la cavité du ventre, ayant soin de tenir le fil assujetti extérieurement aux environs de la plaie, jusqu'à ce que la partie liée soit séparée du reste. A l'égard de celui qui est continu à l'anneau, on passera avec une aiguille trois fils séparément à sept millimètres de son bord, lesquels partageront sa circonférence en trois parties égales. On nouera ensemble les bouts de chacun de ces fils, pour en faire une anse qui retienne l'extrémité de cet intestin suspendue au bord interne de la plaie du ventre, jusqu'a ce

qu'elle s'y soit collée ; ce qui arrive par les parties visqueuses de la lymphe et du suc nourricier qui coulent des membranes de l'intestin coupé, et des lèvres de la plaie des parties contenantes du ventre ».

A la manière dont Littre s'exprime, il est aisé de voir que cette opération n'est qu'un projet dont il n'a jamais fait usage dans la pratique. S'il l'avait employée, il n'aurait sans doute pas tardé à s'apercevoir combien les signes qu'il donne pour distinguer les deux bouts de l'intestin sont illusoires. Quoiqu'il dise que le mouvement péristaltique ne peut jamais être confondu avec l'antipéristaltique, parce qu'il est modéré, égal, régulier, au lieu que l'autre est violent, inégal et irrégulier ; quoiqu'il ajoute que les matières qui sortent par un mouvement péristaltique s'échappent doucement et d'une manière uniforme, au lieu que celles qui sortent par un mouvement antipéristaltique s'écoulent avec impétuosité et par secousses qui se succèdent d'une manière irrégulière, il aurait appris par son expérience, qu'il est très-possible de s'y tromper, et de prendre l'une des deux extrémités de l'intestin pour l'autre.

Si l'opération de Littre n'avait que cet inconvénient, il serait facile de l'éviter, en prenant le parti de temporiser comme le veut Louis, et en donnant au malade un minoratif dont l'effet ne laisserait aucun doute sur ce qu'on cherche à connaître. Mais à

quoi bon faire un anus contre nature au malade; pendant qu'on peut lui procurer une guérison complète et exempte de tout danger, en suivant le procédé imaginé par les quatre maîtres et perfectionné par Duverger, ou en employant celui de Ramdhor avec la correction de Louis? Il y a apparence que l'on a regardé cette opération de Littre comme une pure spéculation, car on ne voit pas qu'elle ait été adoptée, même dans le temps où l'on ignorait parfaitement la manière d'opérer les hernies compliquées de gangrène. Heister nous apprend qu'en 1707 le célèbre Rau ayant trouvé les intestins noirs et altérés dans une hernie, il quitta le bistouri, et abandonna le malade, en disant qu'il ne pourrait en échapper, et qu'il mourrait bientôt; ce qui arriva en effet le lendemain. D'ailleurs, lorsque Littre proposait cette nouvelle manière d'opérer, il ne la donnait que comme un moyen de remédier à la mortification qui peut survenir aux hernies formées par les appendices de l'iléon, et non pas applicable aux hernies ordinaires, dans lesquelles la totalité du calibre du canal intestinal est tombée en pourriture.

Les plaies qui divisent les intestins en entier, et que des circonstances heureuses mettent sous les yeux du chirurgien, veulent être réunies par quelqu'un des procédés qui viennent d'être exposés. Les pansemens, dans tous ces cas, sont extrêmement

simples. Ils consistent à couvrir la plaie avec des plumasseaux trempés dans l'esprit de térébenthine, si les parties extérieures sont gangrenées, et dans du vin tiède si elles ne le sont pas. Ces premières pièces d'appareil seront soutenues par des compresses triangulaires, et par un bandage inguinal médiocrement serré, et seront renouvelées fréquemment tant que les matières sortiront par la plaie; après quoi les pansemens deviendront plus rares, à mesure que les écoulemens seront moins abondans, et que la cicatrice fera des progrès.

De la Hernie inguinale épiplocèle.

La hernie inguinale épiplocèle se présente pour le plus souvent sous la forme d'une tumeur molle, inégale, non rénitente, plus large à l'endroit de l'anneau que partout ailleurs, qui ne change pas la couleur de la peau, qui ne cause pas de douleur au malade, et qui, lorsqu'on la comprime, disparaît peu à peu, et ne fait pas entendre le gargouillement que produit la rentrée des hernies entérocèles. D'ailleurs les malades qui en sont attaqués n'éprouvent pour l'ordinaire ni colique, ni vomissement, ni constipation, et leurs incommodités se bornent à des tiraillemens d'estomac, qui se font principalement sentir lorsqu'ils ont mangé et que ce viscère est plein.

Cette espèce de hernie arrive plus fréquemment

du côté gauche que du côté droit, ce qui dépend vraisemblablement de ce que l'épiploon descend plus de ce côté que de l'autre. Elle ne paraît pas subitement. On observe au contraire que les progrès en sont lents, et qu'elle ne parvient à son état qu'après un temps assez long; en quoi elle diffère essentiellement de l'entérocèle, qui paraît souvent tout à coup, et pour ainsi dire d'une manière instantanée.

La forme sous laquelle se présente quelquefois la hernie inguinale épiplocèle peut jeter beaucoup de doute sur le vrai caractère de cette maladie. Jean-Louis Petit en a rencontré dont la nature lui a paru difficile à démêler. Quelquefois ces tumeurs ont une forme globuleuse qui leur donne de la ressemblance avec les hydrocèles de la tunique vaginale. Dans d'autres cas, elles sont allongées et noueuses, de sorte qu'on dirait que c'est le corps pampiniforme dont les vaisseaux sont distendus par un engorgement variqueux. Il y en a chez qui l'épiploon, déplacé en grande quantité, couvre et enveloppe le testicule au point de le faire paraître deux fois plus gros que dans l'état naturel. Pipelet a eu occasion d'observer toutes ces variétés. Il n'est parvenu à les discerner qu'à force d'attention, et en s'informant des circonstances qui accompagnaient ce genre d'indisposition. Il a trouvé que le volume de la tumeur change suivant les alternatives du

froid et de la chaleur, et que, quand on a fait coucher le malade à la renverse, elle diminue beaucoup; à quoi il ajoute que, si on le fait tousser pendant qu'on appuie sur la tumeur, on sent l'impulsion que les parties intérieures du ventre exercent sur elle, ce qui n'a pas lieu sur les autres tumeurs des bourses.

On voit quelquefois l'épiploon devenir squirreux, et même s'endurcir au point d'acquérir une consistance analogue à celle du cartilage. S'il se déplaçait dans cet état, on croirait avoir un sarcocèle sous les yeux. Les circonstances pourraient être telles, que l'épiploon représentât un second testicule, surtout si la tumeur était suspendue par un pédicule mince. Peut-être, lorsqu'on a cru trouver le nombre de ces organes augmenté d'un des deux côtés, n'était-ce qu'une apparence due à ce genre de cause.

Les indications que présente l'épiplocèle sont les mêmes que dans l'entérocèle, c'est-à-dire qu'il faut réduire la tumeur et la contenir. L'adhérence et l'étranglement sont aussi les obstacles qui s'opposent à la première de ces indications.

L'adhérence se connaît par la difficulté, et même par l'impossibilité de faire la réduction de la tumeur. Lorsque cette complication a lieu, il faut se contenter de contenir la hernie avec un suspensoire, dont la capacité soit proportionnée à son

volume. Ce moyen est le seul auquel on doive avoir recours, quand la hernie épiplocèle est fort grosse sans être adhérente; car bien qu'absolument parlant on puisse en réduire quelqu'une de cette espèce, les malades sont plus incommodés qu'ils ne l'étaient avant, soit que la portion d'épiploon déplacée, dont le volume est considérable, fasse compression sur les autres viscères du ventre, soit que les parties accoutumées à la position que la hernie leur a fait prendre ne puissent plus revenir à celle qui leur est naturelle sans que leurs fonctions en soient troublées.

Comme il est quelquefois arrivé que des personnes attaquées depuis long-temps de hernies épiplocèles d'un volume extrêmement considérable se soient trouvées guéries de cette indisposition, à la suite de maladies longues qui les avaient beaucoup amaigries, on a pensé que l'on pourrait imiter avec succès cette opération de la nature. En conséquence, on a conseillé de saigner et de purger plusieurs fois les malades qui sont dans ce cas, de les assujettir à une diète fort sévère, et de leur faire subir un traitement mercuriel, afin que, les évacuations abondantes que ce traitement procure les amaigrissant et diminuant le volume de la hernie, on pût en faire la réduction et la contenir ensuite avec un bandage. Mais cette méthode ne peut réussir que lorsque l'épiploon n'a pas con-

tracté d'adhérences avec le sac herniaire ou avec le péritoine, au dedans de l'anneau, comme cela arrive souvent. Or il n'y a point de signes qui puissent faire connaître cette sorte d'adhérence. D'ailleurs, en supposant qu'on parvienne à faire rentrer l'épiploon, il est à craindre qu'il ne grossisse de nouveau, lorsque le malade reviendra à son premier embonpoint, et qu'il ne comprime les autres viscères, ou qu'il ne cause beaucoup d'incommodités, en appuyant sur la pelote du bandage; à quoi il faut ajouter que des évacuations aussi abondantes que celles qu'il faudrait procurer au malade pour obtenir l'effet desiré pourraient lui être préjudiciables, et altérer son tempérament.

L'étranglement qui survient à la hernie épiplocèle produit des accidens assez graves, mais qui le sont beaucoup moins que ceux de la hernie entérocèle. La tumeur devient rénitente, égale, rouge, douloureuse. Le malade a des tiraillemens à l'estomac. Il éprouve des nausées, des vomissemens, de la constipation, et il a de la fièvre. En un mot, il est sujet à tous les symptômes d'une entérocèle étranglée, dans laquelle les intestins ne sont que pincés dans une partie de leur diamètre. Il n'est pas possible de distinguer ces deux cas. Il serait pourtant à souhaiter qu'il y eût des signes propres à les caractériser. En effet, comme les suites de l'étranglement sont moins fâcheuses dans l'épiplocèle que dans l'en-

térocèle, on pourrait différer plus long-temps à faire l'opération, en cas qu'elle parût nécessaire.

Les accidens qui viennent d'être exposés ne cessent que lorsqu'on est parvenu à dissiper l'étranglement. S'ils durent quelque temps, l'épiploon suppure et tombe en mortification : alors la tumeur devient molle, livide, indolente, et elle présente de la fluctuation. Les tiraillemens d'estomac, les nausées et les vomissemens disparaissent, et le malade rentre dans son état de calme et de tranquillité.

Les moyens propres à dissiper l'étranglement sont les mêmes que ceux qu'on emploie dans l'entérocèle. S'ils sont insuffisans, il faut en venir à l'opération, qui se pratique de la même manière, au moins quant à l'incision des tégumens et à celle du tissu cellulaire et du sac. Lorsque ce dernier est ouvert, l'épiploon se présente. Ou il est sain et sans adhérence, ou il est adhérent, ou il est tombé en suppuration et en pourriture.

1.° Si l'épiploon est sain et sans adhérence, il faut le réduire après avoir dilaté ou débridé l'anneau, et panser le malade comme il a été dit en parlant de l'entérocèle. Mais lorsque le volume en est considérable, il n'est pas possible d'en faire la réduction : il semblerait, à la résistance qui s'y oppose, qu'il n'y a plus de place dans le ventre pour recevoir les parties qui forment la hernie. Que faut-il faire alors? Abandonner l'épiploon déplacé à lui-

même, après avoir dilaté ou débridé ce qui forme l'étranglement. Les accidens qui en dépendent disparaissent; il n'en survient pas de nouveaux, et l'épiploon rentre peu à peu de lui-même dans le ventre, où il est attiré par l'amaigrissement général dans lequel le malade tombe pendant le temps de la cure, et par le retour des intestins et de l'estomac à leur situation naturelle, parce que la position horisontale empêche qu'ils soient entraînés en bas par leur propre poids et par celui de la portion d'épiploon qui formait la hernie. D'ailleurs cette membrane suppure et diminue de volume, et, s'il en reste encore quelque portion au dehors, il s'en élève des boutons charnus qui s'unissent aux parties voisines, et qui contribuent à la formation de la cicatrice. Le plus grand nombre des auteurs veut que, dans ce cas, on fasse l'extirpation de la portion déplacée de l'épiploon, après y avoir fait une ligature, pour se mettre à l'abri de l'hémorragie. Ce qui a été dit de la ligature de cette membrane à l'article des plaies pénétrantes du ventre compliquées de son issue, fait assez connaître ce qu'il faut penser de ce procédé. D'ailleurs pourquoi retrancher une partie saine et sans doute fort utile, quoique toutes les fonctions auxquelles elle est destinée ne soient pas encore connues? Le pansement doit être fort simple, et à peu près le même que celui qui a été recommandé dans les circonstances où les

intestins sont adhérens, dans la hernie inguinale entérocèle.

2.° Lorsque l'épiploon est adhérent, il faut examiner si son adhérence est nouvelle ou ancienne. Si elle est nouvelle, on peut la détruire avec l'extrémité des doigts. Si elle est ancienne, et qu'elle n'occupe pas une grande étendue, on peut y employer le bistouri. Mais lorsqu'elle est considérable, il faut la laisser subsister, et se contenter de débrider ou de dilater l'anneau pour faire cesser l'étranglement, puis panser le malade comme il a été dit.

3.° Enfin dans le cas où l'épiploon a suppuré ou est tombé en mortification, il faut retrancher la partie corrompue suivant le procédé indiqué à l'article des plaies du ventre compliquées de l'issue de cette membrane, ou en abandonner la séparation à la nature, après quoi on pansera le malade suivant les principes qui ont été posés.

De la Hernie inguinale entéro-épiplocèle.

Les signes de la hernie entéro-épiplocèle sont ceux de l'entérocèle et de l'épiplocèle combinés ensemble. La conduite du chirurgien dans toutes les circonstances que cette hernie présente, doit être la même que celle qui a été exposée plus haut, soit pour la manière de la réduire ou de la contenir, soit pour celle de combattre et de dissiper les ac-

cidens de l'étranglement s'il y a lieu, soit enfin pour la façon de pratiquer l'opération dans toutes les suppositions possibles. La seule différence qu'il y ait, c'est que lorsqu'on est certain de la nature des hernies entéro-épiplocèles, et qu'on juge que l'opération est nécessaire, on peut la différer un peu plus que dans l'entérocèle, parce que la portion d'épiploon déplacée, qui accompagne les intestins, les soustrait pour ainsi dire à l'étranglement. D'ailleurs lorsqu'on pratique cette opération il faut commencer par réduire les intestins qui se sont déplacés les derniers, ou plutôt qui, dans l'ordre ordinaire des choses, sont situés dans le ventre plus profondément que l'épiploon.

L'ordre que je me suis prescrit semblerait exiger que je parlasse de la hernie inguinale formée par la vessie urinaire. Cette hernie est assez fréquente. Elle s'annonce par des signes qui lui sont particuliers, et demande des soins différens de ceux qui conviennent aux autres hernies. Mais comme l'anneau des muscles du ventre n'est pas le seul endroit par où la vessie urinaire puisse se déplacer, qu'elle passe quelquefois sous l'arcade crurale ou par l'intervalle des fibres du muscle releveur de l'anus, qu'elle écarte les unes des autres, et qu'elle accompagne souvent le vagin et la matrice dans leurs déplacemens, je n'en ferai mention que lorsque j'aurai décrit les opérations qu'exigent les her-

nies qui prennent leurs noms du lieu où elles se montrent.

De la Hernie crurale.

Dans la hernie crurale, les parties sortent par-dessous l'arcade tendineuse des muscles du bas-ventre, autrement appelée le ligament de Fallope ou de Poupart, et au devant des muscles psoas et iliaque, et des vaisseaux cruraux. Les viscères qui la forment par leur déplacement sont les mêmes que dans la hernie inguinale, c'est-à-dire les intestins, l'épiploon, les intestins et l'épiploon ensemble, et quelquefois la vessie urinaire. Les intestins que l'on y rencontre sont le jéjunum, le cécum et le colon; les deux derniers plus fréquemment du côté droit que du côté gauche.

Les femmes sont plus sujettes à la hernie crurale et moins sujettes à la hernie inguinale que les hommes. Ce n'est pas précisément parce qu'ayant le bassin plus évasé, l'arcade crurale est plus longue et plus lâche, mais plutôt parce que l'anneau est plus serré chez elles; d'où il résulte que les viscères trouvent moins de résistance du côté de l'arcade crurale que du côté de l'anneau, au lieu que chez les hommes c'est le contraire.

Quoique la hernie crurale soit moins fréquente que la hernie inguinale, on ne peut cependant pas dire qu'elle soit fort rare. C'est pourquoi on a lieu

d'être surpris qu'elle n'ait pas été connue des anciens, ou du moins qu'ils n'en aient pas donné une description particulière. Sharp pense que c'est dans le chapitre du péritoine de Verrheyen, dont le traité d'anatomie a paru en 1693, qu'il en est parlé pour la première fois. Cependant la hernie crurale a été connue de Paul Barbette, qui écrivait vingt ans avant.

Verrheyen a vu mourir, à la suite de constipation et de vomissemens de matières fécales, une femme qui n'avait point de tumeur au pli de la cuisse, quoiqu'une petite portion de l'iléon fût engagée au dessous de l'arcade crurale, et il dit que Nuck a été témoin d'un pareil événement. L'expérience confirme la justesse de ces observations, et montre qu'il survient quelquefois des accidens d'étranglement à des hernies crurales, qui ne s'annoncent que par des symptômes extérieurs fort équivoques. Un soldat invalide me fit voir une tumeur du volume d'une noix qu'il portait depuis quelque temps à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, vers le pli de l'aine. Cette tumeur était médiocrement dure et rénitente, assez mobile, ne causait aucune douleur au malade, et n'avait pas changé la couleur de la peau. Il n'y avait ni colique, ni tension au ventre. Je pensai que ce pourrait être un bubon vénérien, et je conseillai au malade de venir à l'infirmerie. Le lendemain il était dans un état qui ne pou-

vait donner aucune inquiétude. Le surlendemain on m'avertit qu'il était fort mal, et qu'il avait vomi plusieurs fois pendant la nuit. Je ne pus juger de la nature de son vomissement, parce que le vase avait été nettoyé. Le pouls me parut faible. Il ne s'était fait aucun changement à la tumeur. Je crus, en la maniant, y exciter un gargouillement, qui fut entendu et senti par plusieurs de mes élèves. Le ventre était souple et sans douleur. La tumeur ne me paraissait avoir aucune communication avec la cavité du bas-ventre. Le malade, que j'interrogeai de nouveau, me dit qu'il n'avait plus de nausées. Il était si mal, que je désespérai de son état. J'ordonnai qu'on l'examinât avec soin, et qu'on m'avertît si le vomissement recommençait. Mais il mourut deux heures après ma visite. A l'ouverture du corps, je trouvai que la tumeur était formée par une portion de l'iléon qui était passée sous l'arcade crurale, et qui y était pincée dans la plus grande partie de son diamètre. Il s'était fait une crevasse à cet intestin au dedans du ventre, et près du lieu de l'étranglement. Les matières s'étaient échappées par cette crevasse, et s'étaient épanchées dans le ventre. Sans doute elles avaient donné lieu au gargouillement que nous avons senti dans la tumeur, pendant la vie du malade. J'ai vu plusieurs hernies crurales de la même espèce.

Comme ce qui a été dit des hernies inguinales

par rapport à leurs signes et à leur curation est applicable à toutes les autres hernies, quelle qu'en soit l'espèce, je me restreindrai ici à ce que la hernie crurale a de particulier, et je suivrai la même méthode quand je parlerai des autres.

Lorsque la hernie crurale est peu considérable, elle ressemble beaucoup aux tumeurs glanduleuses des aines, qui sont connues sous le nom de bubon. Il est souvent arrivé qu'on ait pris une de ces maladies pour l'autre, et que l'on ait incisé des hernies en croyant ouvrir des bubons vénériens venus à maturité. Louis en rapporte un exemple dans son mémoire sur les hernies avec gangrène. Le malade mourut des suites de cette fâcheuse opération. Sans doute qu'on a pris aussi quelquefois des bubons vénériens pour des hernies. Cette méprise m'est arrivée une fois, et je ne crains pas de l'avouer, afin d'attirer sur ce point l'attention des personnes à qui cet ouvrage est destiné. Je fus consulté par un officier sur une tumeur qu'il portait à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, directement au dessous du ligament de Fallope. Cette tumeur avait paru subitement cinq à six jours avant, à l'occasion d'un effort que le malade avait fait en sautant un ruisseau très-large. Elle était de forme presque ronde, absolument indolente, d'une rénitence assez grande, et n'avait pas changé la couleur de la peau. Le malade lui-même, qui croyait n'avoir aucune raison

de craindre une maladie vénérienne, ne me dit point qu'il s'y fût exposé, et ne me parla que de l'effort après lequel sa tumeur avait paru, sans qu'elle eût augmenté depuis. Je crus que c'était une hernie crurale, et je lui conseillai de se faire faire un bandage; mais l'accroissement de la maladie ne tarda pas à nous détromper tous les deux, et je vis qu'il avait un bubon vénérien, pour lequel je lui fis administrer les remèdes convenables. En d'autres circonstances, on pourrait prendre une tumeur humorale pour une hernie crurale. Jean-Louis Petit, étant à Courtrai, fut prié de voir une servante d'hôtellerie qui portait au pli de l'aine une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, laquelle rentrait d'elle-même quand la malade était couchée, reparaissait quand elle était debout, grossissait jusqu'à ce qu'elle eût acquis son volume ordinaire, et causait alors de la douleur et de la pesanteur dans l'extrémité du côté malade, ce qui obligeait cette fille à se reposer de temps en temps. On avait conseillé un bandage, qui nuisait beaucoup plus qu'il n'était utile. La tumeur se montra telle qu'on vient de le dire, mais avec une couleur brunâtre, qui disparut lorsqu'elle fut rentrée. Cette tumeur contenait donc un fluide dont elle se remplissait, car elle offrait de la fluctuation. Petit vit alors qu'il y avait le long de la partie interne de la cuisse une corde grosse et noueuse qui suivait le trajet de la veine

saphène, et il n'eut pas de peine à la reconnaître pour cette veine tuméfiée et variqueuse. Il vit que la tumeur de l'aine était faite par la dilatation excessive de cette veine, à l'endroit où elle s'ouvre dans la veine crurale.

Lorsqu'on fait l'opération du taxis pour la réduction de la hernie crurale, il est inutile et incommode de passer une des deux mains sous la cuisse du malade. Il suffit qu'elle soit appliquée sur la tumeur même, pendant que l'autre embrasse son pédicule. D'ailleurs il ne faut pas pousser les parties de dedans en dehors comme dans la hernie inguinale, mais de dehors en dedans, du côté de l'ombilic. La direction de l'anneau du muscle oblique externe du ventre et celle de l'arcade crurale donnent la raison de cette différence.

Si on en vient à l'ouverture de la hernie, il faut donner à l'incision des tégumens une direction qui réponde à celle de la tumeur. Quelques-uns la font cruciale, mais ils s'exposent au danger d'ouvrir la grande veine saphène, qui vient se rendre dans la crurale près le ligament de Fallope, et de donner lieu à une hémorragie extrêmement dangereuse. Le tissu cellulaire se présente au dessous de la peau. Il est beaucoup plus épais en cet endroit qu'à celui où se forment les hernies inguinales. On le trouve parsemé de glandes, qu'il faut respecter, et garni de fibres aponévrotiques qui, venant du fascia-lata, montent

obliquement le long de la partie antérieure de la cuisse, pour se coller à la partie inférieure et externe de l'aponévrose du muscle oblique descendant. Ces fibres doivent être incisées, afin de parvenir au sac herniaire, qui est caché fort profondément. Mais on doit le faire avec précaution, par rapport aux vaisseaux cruraux, qui, quoique placés ordinairement derrière les parties qui forment la hernie, peuvent cependant se trouver de côté, si elle est petite.

Enfin, lorsqu'on ne peut se dispenser de débrider l'arcade crurale, il faut porter l'instrument du côté de l'ombilic et couper dans ce sens. En opérant ainsi, le débridement est plus complet, parce que l'incision tombe perpendiculairement sur les parties qui forment l'étranglement, et on évite autant qu'il est possible d'ouvrir l'artère épigastrique, qui, de l'iliaque interne d'où elle tire son origine, monte en dedans pour aller gagner la partie postérieure du muscle droit. En effet, la direction de cette artère étant oblique de bas en haut, et de dehors en dedans, il est plus facile de l'éviter en coupant en ce sens qu'en portant l'incision en dehors, parce que dans le premier cas elle est parallèle à cette artère, au lieu que dans le second elle s'éloigne de sa direction. Sharp au contraire conseille de débrider en dehors et du côté de la crête des os des îles, afin d'éviter les vaisseaux spermatiques, qu'il dit passer au devant de la hernie crurale et derrière la her-

nie inguinale. Il convient qu'en suivant ce procédé on peut ouvrir l'artère épigastrique. Mais il ne paraît pas craindre cet accident, et il croit qu'il est facile à un chirurgien habitué à se servir de l'aiguille, d'y remédier. Si cela arrivait, il faudrait en lier les deux extrémités, et surtout celle d'en bas, qui, tenant à l'artère crurale, peut donner une quantité prodigieuse de sang. De même, si les vaisseaux spermatiques se trouvaient endommagés, il faudrait y faire une ligature supérieurement, ou se rendre maître du sang par la compression, en supposant qu'elle fût possible. Pour éviter cet accident, Bell a imaginé un procédé qui me paraît remplir parfaitement le but qu'on se propose, sans exposer le malade à aucun danger. Il consiste à porter le doigt sous l'arcade aussi profondément qu'il soit possible, et à inciser ensuite cette arcade avec lenteur et par degrés du côté externe. On peut, de cette manière, l'amincir beaucoup sans la diviser tout-à-fait, et sans courir le risque de blesser les vaisseaux qui sont placés derrière. Bell dit avoir opéré de cette manière. Le succès a été complet. Les parties déplacées ont pu être réduites, et il n'y a pas eu d'effusion de sang.

De la Hernie ombilicale.

La hernie ombilicale ou exomphale est tantôt formée par les intestins seuls, tantôt par l'épiploon, et

tantôt par les intestins et par l'épiploon ensemble. Dans le premier cas, on la nomme entéromphale; dans le second, épiplomphale; et dans le troisième, entéro-épiplomphale. Les parties sortent par le nombril ou par une ouverture située au voisinage, et faite accidentellement par l'écartement des fibres qui forment la ligne blanche.

La hernie ombilicale est plus fréquente chez les enfans que chez les adultes, sans doute parce que le nombril est d'autant plus susceptible de dilatation, qu'on est moins éloigné du temps de la naissance. Leurs cris continuels et la situation horisontale dans laquelle on les retient dans le premier âge y contribuent beaucoup, car ces cris exigent des inspirations et des expirations fortes, qui ne peuvent avoir lieu sans que le diaphragme et les muscles du bas-ventre se contractent avec violence, et sans que ces muscles pressent les viscères dans tous les sens; et la situation horisontale fait que ceux-ci pèsent plus sur le nombril qu'ailleurs. Cette cause a tant d'influence dans la production des hernies de l'ombilic, que les quadrupèdes y sont beaucoup plus sujets qu'aux autres hernies, quoique la disposition des anneaux des muscles du ventre et celle de l'arcade crurale soit la même chez eux que dans l'homme. On voit assez souvent des enfans venir au monde avec une exomphale. Rien ne mérite une attention plus sérieuse, parce que les intestins déplacés tombant le

long du cordon ombilical, sans en augmenter beaucoup l'épaisseur, pourraient être compris dans la ligature que l'on fait à ce cordon. Cet accident est arrivé plusieurs fois à ma connaissance, et les enfans sont morts.

Les femmes enceintes, celles qui ont eu plusieurs enfans, les hommes extrêmement gras, et ceux qui ont eu une hydropisie ascite, sont aussi fort sujets à la hernie de l'ombilic. Chez les femmes, cette maladie vient de ce que la matrice, dont le volume augmente de jour en jour, élève le paquet intestinal, et le fait peser sur le nombril. Chez les hommes corpulens, elle dépend de la pesanteur de l'épiploon. Enfin chez ceux qui ont été attaqués d'hydropisie ascite, elle reconnaît pour cause la distention des parois du ventre, et la perte du ressort des fibres aponévrotiques de la ligne blanche, qui ont donné lieu à l'élargissement du nombril. On concevra aisément la manière dont ces causes agissent, si on se rappelle que l'ouverture dont il s'agit est formée par le concours des fibres aponévrotiques de tous les muscles qui viennent s'y rendre. Or ces muscles ne peuvent être distendus sans que leurs fibres soient retirées chacune vers leur point fixe, ou, ce qui revient au même, sans qu'elles s'éloignent de l'ombilic, qu'on peut regarder comme leur point de concours ou de réunion, et qui doit par conséquent s'élargir.

La hernie de l'ombilic doit être réduite et contenue comme toutes les autres. La Vauguion avait proposé, pour remplir la seconde de ces indications, un bandage fait avec un fil de fer double, dont une des branches devait s'élever de bas en haut. Cet instrument, dit-il, est bien plus commode que les bandes, parce qu'en comprimant le ventre elles s'opposent à la respiration, au lieu que la partie du brayer qui porte sur l'ombilic fait l'effet d'un ressort, et suit les allées et venues de l'inspiration et de l'expiration. Suret, membre du Collége de Chirurgie de Paris, avait imaginé un bandage bien plus propre à cette vue, et dont l'invention a paru très-ingénieuse. Il est formé d'une pelote dans l'épaisseur de laquelle se trouvent deux ressorts de montre, enfermés chacun dans un barrillet, auxquelles tiennent les courroies qui doivent faire le tour du corps, de sorte que ces courroies s'allongent, s'accourcissent et prennent une longueur relative au volume du ventre, dans les différens mouvemens de la respiration. Cependant l'expérience a montré que ce bandage est beaucoup moins avantageux qu'on ne l'avait pensé, et qu'il est fort sujet à se déranger. On n'a pas cet inconvénient à craindre quand on contient les hernies de l'ombilic avec une large plaque assujettie à une ceinture, et garnie vis-à-vis du nombril d'une pelote qui fasse plus ou moins de saillie, et dont le volume soit proportionné à la grandeur

de l'ouverture par laquelle les parties ont coutume de s'échapper.

Quelques-uns pensent que lorsque l'exomphale est d'un volume peu considérable, on peut la guérir radicalement, au moyen d'une ligature faite à la poche qui lui sert d'enveloppe, après la réduction des parties que cette poche contient. Cette ligature se pratique en passant un lien autour de la base de la tumeur, le plus près du ventre qu'il est possible, ou en traversant cette base avec une aiguille garnie de deux cordons, avec lesquels on la serre des deux côtés. Elle se détache bientôt, et laisse une cicatrice ferme et solide, qui s'oppose au déplacement des parties. Les anciens conseillaient ce procédé. Saviard est le seul des modernes qui s'en soit servi. Il dit l'avoir employé deux fois avec succès. Heister se plaint qu'on n'en fasse plus usage. Desault rapporte neuf exemples de sa réussite, mais il ne s'en est servi que sur des enfans dont le plus âgé avait deux ans. La ligature s'est détachée avant le huitième jour, et l'ulcération qui lui a succédé était cicatrisée le vingt-deuxième. Plusieurs de ces enfans avaient le nombril fort dilaté. Tous ont guéri de l'opération, mais on peut douter qu'ils aient été débarrassés de leur hernie, qui peut être revenue quelque temps après. Quoiqu'il en soit, les observations dont on vient de parler montrent que la ligature est sans inconvénient sur les enfans du

premier âge. Celse la recommande depuis sept jusqu'à quinze ans, lorsque la constitution du sujet est bonne, et lorque la hernie est peu volumineuse. Dans toute autre circonstance, il vaut mieux s'en tenir au bandage, lequel, s'il est bien fait, la contient avec assez de succès.

Il est assez rare qu'on soit obligé d'en venir à l'opération. Elle se pratique comme pour la hernie inguinale, avec cette différence, que si la tumeur est fort grosse, il faut inciser les tégumens en croix, et disséquer ensuite les lambeaux avec attention pour mettre le sac herniaire à découvert. Dionis dit que ce sac manque souvent. S'il n'assurait avoir examiné plusieurs exomphales par la dissection, et n'avoir jamais pu remarquer que le péritoine les tapissât intérieurement, ainsi que cela se rencontre ailleurs, on croirait qu'il s'est livré à une fausse spéculation. Il prétend expliquer ce fait par la disposition de l'omblic, qui, n'étant selon lui qu'un nœud resté en cette partie après la ligature du cordon, ne peut non plus avoir la liberté de s'allonger qu'une cicatrice de quelque plaie de la peau. Mais que veut-il dire par ce nœud, par cette cicatrice du nombril? Il n'y a de nœud et de cicatrice qu'aux vaisseaux ombilicaux qui sont hors du péritoine, et ils n'intéressent pas cette membrane. Ce que Dionis ajoute à l'occasion des hernies inguinales qui doivent avoir un sac herniaire, parce que les parties glissent

le long du prolongement du péritoine qui accompagne les vaisseaux spermatiques, porte absolument à faux. Ce n'est pas le péritoine qui se prolonge en cet endroit, c'est le tissu cellulaire dont il est couvert. Ainsi cette membrane n'y est pas mieux disposée qu'ailleurs pour former un sac herniaire. Lafaye embrasse l'opinion de Dionis, et il pense que le sac manque, quand les parties sortent par le trou de l'ombilic, et qu'on en trouve un, quand elles se déplacent à côté de cette ouverture. Cette distinction n'est-elle pas métaphysique, et l'expérience a-t-elle décidé sur tout cela? Si on en croit Barbette, elle montre le contraire. Heister et plusieurs autres sont du même avis.

S'il parait nécessaire de débrider le lieu de l'étranglement, il faut que l'incision soit faite en haut et du côté gauche, soit pour éviter le retour de la hernie autant qu'il est possible, soit pour s'éloigner des artères et de la veine ombilicale, et pour se mettre à l'abri de l'hémorragie à laquelle leur ouverture pourrait donner lieu. Cependant, si la hernie était une épiplomphale ou une entéro-épiplomphale, et qu'on craignît de blesser l'épiploon, il faudrait diriger l'incision du côté gauche, et ne pas la faire supérieurement.

On ne doit pas dissimuler que l'opération qu'exige l'étranglement dans les hernies du nombril est plus dangereuse que celle qui se pratique aux autres her-

nies. Si l'epiploon est altéré, et qu'il faille en retrancher une partie, cela se fait beaucoup plus près de ses attaches que partout ailleurs, à quoi il faut ajouter que la plaie n'est pas dans une situation aussi favorable pour l'issue des écoulemens, lesquels ont beaucoup plus de pente à se répandre dans le ventre qu'à se porter au dehors.

De la Hernie du trou ovalaire.

La hernie du trou ovalaire prend son nom de l'ouverture par laquelle les parties se déplacent. Quoique cette ouverture soit remplie par un ligament, et bouchée par deux muscles appelés obturateurs, il reste cependant à sa partie supérieure et interne une sinuosité destinée à transmettre au dehors une artére, une veine et un nerf assez considérables. C'est dans cette sinuosité que les viscères s'engagent quelquefois pour donner naissance à la hernie dont nous parlons. Sans doute on l'a rencontrée sur des cadavres avant de l'observer sur des hommes vivans. Les faits se sont assez multipliés pour qu'on ne puisse plus douter de sa réalité. Elle se manifeste à la partie supérieure et interne de la cuisse, près des bourses chez les hommes, et près des grandes lèvres chez les femmes.

Garengeot en rapporte plusieurs exemples dans un mémoire sur des hernies singulières, inséré parmi ceux de l'Académie de Chirurgie. Le premier est

extrêmement instructif. En voici le précis. Une femme, accouchée depuis quatre jours, fit un faux pas en descendant un escalier, et tomba rudement sur les fesses. Elle sentit à l'instant une douleur vive au haut de la cuisse droite près de la grande lèvre, et il lui survint un vomissement considérable. Garengeot, appelé le troisième jour, ayant aperçu des matières fécales parmi celles que la malade avait rejetées par en haut, soupçonna une hernie avec étranglement, et examina les lieux où ces sortes de tumeurs ont coutume de paraître. N'en ayant pas rencontré, il interrogea la malade, qui lui dit que sa chute lui avait occasionné un dérangement dans le ventre, et une douleur au dedans de la cuisse droite, laquelle avait été suivie de coliques qui semblaient partir de l'aine. Il n'en fallut pas davantage pour l'engager à faire des recherches en cette partie, où il trouva effectivement une tumeur longitudinale, qui s'étendait jusqu'au milieu de la cuisse, et qui faisait deux travers de doigts de saillie. Cette tumeur était douloureuse, et lui parut contenir un corps mollet et élastique. Il reconnut que c'était une hernie du trou ovalaire dont il fallait faire promptement la réduction. La malade fut couchée le bassin élevé et les cuisses fléchies, et lorsque la tumeur eut été légèrement comprimée de bas en haut, elle disparut peu à peu. La malade sentit dans le ventre une espèce de gargouillement qui la mit

à son aise. Ses coliques et ses vomissemens cessèrent, et le ventre s'ouvrit un demi quart d'heure après. Il restait un vide formé par l'écartement des muscles. Garengeot le remplit avec une pelote faite de lambeaux de linge usé fort mollette, et il mit par dessus des compresses et une bande avec laquelle il fit des circonvolutions autour de la cuisse de bas en haut, et une espèce de spica, en la faisant tourner autour du corps. La malade fut mise au lit. Elle voulut absolument que son appareil fût levé le cinquième jour. Les muscles se trouvèrent rapprochés au point qu'il ne restait plus de vide. On se contenta d'appliquer une compresse un peu épaisse, soutenue de quelques tours de bande. Ce pansement était renouvelé tous les cinq à six jours, et pendant ce temps, la malade vaquait à ses affaires ordinaires. Elle n'a jamais senti depuis d'incommodité qui fût relative à cet accident.

On serait sans doute fort embarrassé, si, dans un cas de l'espèce de celui que je viens de rapporter, on ne pouvait faire la réduction des parties déplacées. L'opération ne serait pas sans danger, eu égard à la profondeur du lieu qu'occupe la hernie, et au nombre des vaisseaux sanguins considérables qui se trouvent dans son voisinage. Il ne serait pas possible de débrider l'ouverture sans s'exposer à en blesser quelques-uns. L'unique ressource serait de dilater avec l'instrument de Leblanc. Cependant j'ai

peine à croire qu'il eût assez de longueur pour atteindre jusqu'au lieu de l'étranglement. Cette opération n'a jamais été pratiquée, si ce n'est par Arnauld, chirurgien qui jouissait autrefois d'une grande réputation à Paris. Malaval, qui nous en a conservé l'histoire, dit qu'elle fut faite parce que la hernie, qui était formée par les intestins et par l'épiploon, ne pouvait être entièrement réduite. Arnauld commença par repousser dans le ventre les intestins qui y étaient contenus, après quoi il fit une incision aux tégumens, pour mettre le sac herniaire à découvert. Il ouvrit ensuite ce sac, dans lequel il trouva une portion d'épiploon de la grosseur d'une noix. Cette partie fut coupée à son passage entre les têtes des triceps. Le sac herniaire le fut aussi, et le reste fut enfoncé entre les muscles. On remplit la plaie de bourdonnets, et on acheva le pansement à l'ordinaire. La guérison a été parfaite. Une pareille opération ne peut servir de modèle. Les circonstances n'en sont pas exposées avec soin. Dailleurs comment Arnauld a-t-il pu se déterminer à l'entreprendre, puisqu'il n'y avait pas d'accidens? La tumeur ne rentrait pas en entier, ce qui pouvait faire penser qu'elle était compliquée d'adhérence. Mais l'adhérence seule a-t-elle jamais été une raison d'opérer les hernies? Ajoutez à cela, qu'en retranchant la portion d'épiploon sortie, sans

faire de ligature au reste, on s'est exposé à une hémorragie capable de faire périr le malade.

On ne peut trop recommander, en parlant de la hernie du trou ovalaire, d'examiner avec soin les tumeurs qui se forment à la circonférence du ventre, de peur de prendre une hernie pour un abcès. Cette faute est arrivée à un chirurgien de réputation. Garengeot raconte le fait comme il suit. Un sellier de la rue du Sépulcre à Paris, avait une hernie du trou ovalaire. Le chirurgien en question crut que c'était un abcès, et fit appliquer dessus des cataplasmes maturatifs. Pendant qu'il en examinait l'effet, et qu'il pressait la tumeur avec les doigts, pour voir si la fluctuation, qu'il croyait y sentir, ne devenait pas plus manifeste, l'intestin qui la formait rentra tout à coup. Sans cet événement imprévu, peut-être le malade eût-il été la victime de l'inattention de l'homme habile aux soins de qui il s'était confié.

De la Hernie ischiatique.

Cette hernie est extrêmement rare. Les parties qui la forment sortent du ventre par le grand trou ischiatique, d'où elle a tiré son nom. On n'en connaît que deux exemples. Le premier est celui dont parle Verdier, d'après un écrit périodique publié à Londres il y a environ soixante-dix ans. Il est beaucoup mieux exposé dans une lettre adressée au baron de

Haller par Christophe Henri Pape, médecin de Gottingue. Le voici. Une fille robuste âgée de cinquante ans mourut d'une manière subite en travaillant à la moisson, dans un temps extrêmement chaud. Son corps fut examiné juridiquement. On n'y trouva rien à quoi sa mort pût être attribuée; mais on fut frappé par une tumeur qui lui descendait sous la forme d'un grand sac, depuis l'anus jusqu'au bas des jambes. Cette tumeur avait la forme d'une bouteille. Sa longueur était de cinq cent quatre-vingt-quatorze millimètres; sa circonférence en bas avait la même dimension, et son diamètre au même endroit était presque d'une demi-coudée. Elle allait en diminuant vers l'anus, d'où elle tirait son origine du côté droit. Lorsqu'elle fut ouverte, on trouva qu'elle contenait une grande partie des intestins grêles avec leur mésentère, et une portion du colon et de l'épiploon. Le colon répondait à sa partie supérieure. Le ventre ayant été ouvert, tout y parut dans le plus grand désordre. Il n'y avait plus d'intestins. Le mésentère était fort allongé, l'estomac répondait au milieu de cette capacité, où il avait une situation perpendiculaire. La matrice était légèrement inclinée vers l'orifice de la hernie; l'ovaire droit y était engagé avec sa trompe. Il y avait une légère phlogose aux intestins.

Les recherches que l'on a faites à ce sujet n'ont procuré aucun éclaircissement. On a pourtant appris

que cette tumeur avait commencé dix ans avant, qu'elle n'était alors que de la grosseur d'une fort petite pomme, et qu'elle avait cru depuis successivement jusqu'au volume où on l'a trouvée. Toutes les fois que la malade allait à la garde-robe, elle relevait sa hernie avec le bras droit et la poussait à gauche. Elle était obligée de se coucher de ce dernier côté pour pouvoir dormir. Pendant ses travaux elle la soutenait avec une serviette, et elle était souvent tourmentée de borborygmes.

Verdier cite un second exemple de hernie ischiatique, d'après Bertrandi. Celle-ci était également du côté droit, mais elle ne contenait que quelques circonvolutions de l'intestin iléon. Sans doute que Barbette avait vu quelque hernie de cette espèce, car il dit : *Peritoneum eâ parte quâ lumbos spectat rumpi posse, sicque, hîc loci, herniam produci experientia comprobat;* ce qui paraît ne pouvoir s'appliquer qu'à cette maladie. Les indications qu'elle présente consistent à réduire les parties déplacées après avoir fait mettre le malade dans une situation convenable, et à les soutenir avec un bandage. Je ne puis dire comment il devrait être construit. Sa forme dépendrait de la situation et du volume de la tumeur, de l'embonpoint du malade, et de plusieurs autres circonstances. S'il survenait étranglement et qu'on ne pût le faire cesser par les procédés connus, il faudrait laisser périr le malade plutôt que d'avancer sa

dernière heure par une opération nécessairement mortelle, eu égard à la profondeur énorme du lieu où les intestins se trouvent engagés.

De la Hernie vaginale.

Cette hernie est moins rare que celle dont il vient d'être parlé. Cependant elle ne paraît pas avoir été connue des anciens. Garengeot est le premier qui en ait fait mention. Il fut consulté par une femme qui, ayant fait un effort un mois après sa dernière couche, sentit un dérangement dans le ventre qui fut suivi d'une douleur vive au vagin, et d'une tumeur qui remplissait cette partie. Le volume de cette tumeur augmenta peu à peu, jusqu'à déborder les grandes lèvres d'un travers de doigt. La malade sentait de temps en temps des douleurs de colique qui commençaient en cet endroit, des tiraillemens et des maux de cœur. Elle ne pouvait uriner que quand elle était couchée sur le dos. Garengeot introduisit le doigt dans le vagin, où il sentit l'orifice de la matrice dans sa situation naturelle, ce qui le détrompa sur l'idée dans laquelle il était que ce viscère était déplacé. Il s'aperçut en même temps que la tumeur, qu'il avait été forcé de comprimer, était diminuée de moitié. Cette circonstance l'encouragea à faire des tentatives de réduction qui eurent le succès qu'il en attendait. Pour s'assurer davantage du caractère de cette tumeur, il fit le-

ver et tousser la malade. Elle reparut aussitôt. Il la réduisit une seconde fois, et la maintint avec un pessaire de forme ordinaire; ce qui ne réussit que le premier jour; car dès le lendemain la malade avait des vomissemens, des rots et des tiraillemens d'estomac qui annonçaient de la compression de la part du pessaire. Un autre pessaire fait en bondon et percé en son milieu, pour permettre les écoulemens de la matrice, remédia efficacement à ce désordre, et la hernie a été si bien contenue, que la malade n'en a pas été incommodée depuis.

Garengeot, qui ne connaissait que cet exemple de hernie vaginale survenue à une femme mère de cinq enfans, a cru pouvoir l'attribuer à la distention que le vagin avait soufferte à l'instant de leur naissance, et à l'écartement des fibres musculeuses de ce canal qui doit en avoir été la suite. L'expérience a prouvé depuis que les femmes qui n'ont pas eu d'enfans y sont également sujettes. Celles qui sont enceintes n'en sont pas exemptes non plus, et cette maladie rend quelquefois leur accouchement laborieux.

La hernie vaginale peut être formée par les intestins; ce qui arrive le plus souvent par l'épiploon et par les intestins, et l'épiploon tout ensemble. Les signes qu'elle présente sont les mêmes que ceux que nous avons exposés en parlant des différentes espèces de hernies inguinales : elle est causée par les

efforts violens que l'on fait pour lever des fardeaux, ou pour expulser les matières fécales, et souvent aussi par la secousse que les chutes, ou simplement les efforts que l'on fait pour s'empêcher de tomber, donnent aux parties du bas-ventre. Mais, pour que la hernie se forme en cet endroit, il faut que le vagin soit naturellement relâché, comme il l'est chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfans, ou qui ont éprouvé des accouchemens laborieux, ou bien que les autres endroits du bas-ventre où les hernies ont coutume de paraître présentent plus de résistance qu'à l'ordinaire.

Lorsque la hernie vaginale est simple, elle veut être réduite, et maintenue avec un pessaire dont la forme doit être telle, qu'il remplisse la cavité du vagin. Ceux que l'on fait avec la cire sont trop durs et trop pesans. Les pessaires preparés avec l'éponge ont l'inconvénient de produire une distention trop considérable dans le vagin. D'ailleurs il est à craindre qu'ils ne s'introduisent en partie dans le vide qui a donné naissance à la hernie, et qu'ils ne la perpétuent, au lieu de la guérir; à quoi on peut ajouter que l'éponge retient les humidités du vagin, qui peuvent s'y altérer et y faire une impression fâcheuse. On peut se promettre plus de succès de pessaires faits avec des herbes ou des espèces astringentes coupées fort menu et enfermées dans un sachet de toile, ou avec un fil de fer tourné

en spirale, et recouvert d'une espèce de matelas de coton.

Lorsque la hernie vaginale est volumineuse et lorsqu'elle est étranglée, il est difficile de la réduire. Cependant il faut se hâter de le faire, surtout si la femme est en travail d'enfant. La malade doit être couchée sur le dos, la tête et la poitrine fort basses, les cuisses fléchies, afin que les muscles du ventre soient dans le plus grand relâchement possible, et le corps un peu incliné du côté opposé à la tumeur. Si les premières tentatives sont infructueuses, il faut les suspendre, de peur de contondre les parties déplacées. Alors on videra le rectum par des lavemens, et on aura recours aux fumigations et aux injections émollientes. Jusqu'à présent il n'y a pas d'exemple qu'on ait pratiqué d'opération en cette circonstance, et elle paraît d'autant moins nécessaire, qu'il n'arrive jamais d'étranglement en vertu de la constriction de l'ouverture par laquelle les parties se sont échappées, et que cet accident a toujours été produit par la compression que la matrice a exercée sur ces parties, soit que ce viscère fût distendu par la présence d'un enfant, ou qu'il fût tuméfié par la suppression des règles ou des lochies.

Il y a cependant des praticiens qui pensent qu'il peut se présenter des cas où l'opération soit indispensable, et qui prescrivent la manière de la pra-

tiquer. Si la hernie était entérocèle, il faudrait, disent-ils, ouvrir la poche herniaire dans l'endroit le plus apparent, et avec les précautions accoutumées, pour ne pas blesser l'intestin. On le tirerait ensuite à soi, s'il était parfaitement sain, afin de le dégager avec plus de facilité, et on élargirait le trajet qu'il aurait parcouru, avec le dilatatoire de Leblanc, en cas que cela parût nécessaire. Peut-être même, si la quantité d'intestins étranglés était trop considérable pour qu'il fût possible de la repousser, ou si la situation de la tumeur du vagin ne permettait pas de l'opérer, conviendrait-il, selon eux, d'avoir recours à l'opération attribuée à Pigrai, c'est-à-dire de faire une incision à la région hypogastrique du côté de la descente, pour aller saisir l'intestin dans le ventre au dessus de l'étranglement ou du pincement, et le ramener dans sa situation naturelle. Cependant ce procédé ne serait praticable qu'autant qu'on serait sûr que l'intestin serait engagé entre la matrice et la vessie; car s'il s'était frayé une route entre la matrice et le rectum, il hâterait la mort de la malade.

Si la hernie vaginale était une épiplocèle, l'opération ne leur paraît pas moins nécessaire. Il faudrait mettre l'épiploon à découvert, débrider les fibres du vagin qui opèrent sa compression, le dégager et le repousser dans le ventre, en supposant qu'il fût sans gangrène, ou repousser ce qui en

resterait, après avoir retranché la portion qui se trouverait infectée de pourriture. La plaie serait pansée ensuite avec un pessaire chargé des médicamens que l'on croirait les plus convenables à la guérison. A chaque pansement on renouvellerait le pessaire, et on varierait les médicamens dont on aurait soin de l'imbiber. Le reste du traitement serait le même que celui de la hernie inguinale ou crurale. Un autre veut que, dans le cas d'une épiplocèle vaginale devenue squirreuse, on examine si la tumeur a une large base dans son principe, ou si cette base est plus étroite que son corps. Quand elle est large, il n'y a rien, selon lui, à tenter; mais, quand elle est etroite, il pense que l'on pourrait employer la ligature, après toutefois s'être assuré qu'il n'y aurait pas de portion d'intestin qui eût compliqué la maladie. On ne conçoit pas comment des gens instruits peuvent former des projets d'opération aussi mal concertés. Heureusement les circonstances dans lesquelles ils croient que ces opérations pourraient avoir lieu, ne se présenteront peut-être jamais, et par conséquent personne ne sera tenté de les mettre à exécution.

De la Hernie du périnée.

Si quelque portion d'intestin poussée vers le fond du petit bassin vient à écarter les fibres d'un des muscles releveurs de l'anus, elle peut descendre

jusques vers les parties latérales du périnée, et y produire une hernie. La possibilité de ce fait ne peut être révoquée en doute, après l'observation faite en 1740, par Chardenon, chirurgien à Dijon, dans le temps qu'il était élève en chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Paris. Il fut surpris à l'ouverture du ventre d'un homme de quarante-cinq ans, mort, à ce qu'il lui parut, de maladie aiguë, de trouver la situation des viscères de cette capacité fort dérangée et qu'ils étaient portés plus bas qu'à l'ordinaire. Lorsqu'il suivit la partie inférieure de l'iléon, il s'aperçut qu'elle lui résistait. Il soupçonna quelque adhérence : mais, ayant tiré un peu plus fort, l'intestin céda tout à coup, et Chardenon trouva, à l'endroit où il le croyait adhérent, un sac dont les parois restaient écartées, et qui aurait pu contenir un œuf de pigeon. L'entrée de ce sac était plus étroite que le fond, et présentait un bourrelet dur et calleux de l'épaisseur du petit doigt. Il fut rempli de filasse, ce qui lui fit faire bosse au périnée. Cette circonstance, jointe au rétrécissement de l'intestin à l'endroit où il avait été comprimé, et à sa dilatation à sa partie supérieure, pendant que l'inférieure était resserrée, persuadèrent à Chardenon que cette maladie n'était pas nouvelle. Il n'a pu savoir à quelles incommodités celui qui la portait a été sujet ; mais il ne pense pas qu'elle ait pu contribuer à le faire périr.

J'ai trouvé dans Smellie deux autres observations de hernies intestinales au périnée, survenues à des femmes enceintes. Dans la première il y eut de l'inflammation et de l'étranglement vers la fin de la grossesse, de sorte que la tumeur ne pouvait plus être réduite comme avant. Ces accidens cédèrent aux fomentations discussives et aux cataplasmes émolliens. Dans la seconde ils furent plus graves: la tumeur devint livide et bordée d'un cercle d'un rouge éclatant; elle s'ouvrit d'elle-même pendant que la malade changeait de situation. Il en sortit d'abord environ seize grammes de pus mêlé de sang, et bientôt après il s'en échappa un demi-litre d'une liqueur de peu de consistance et de couleur grisâtre. Au moment même de l'ouverture, la malade s'écria que l'intestin était remonté, et qu'elle était entièrement délivrée de la douleur excessive qu'elle ressentait avant. Smellie fut alarmé de cet événement, parce que la liqueur grise qui continuait de couler en petite quantité paraissait venir de l'iléon, qui devait être attaqué de pourriture. Il fit donner des lavemens pour vider les gros intestins, appliquer un plumasseau sur l'ouverture, et recommanda que la malade n'usât que d'une fort petite quantité d'alimens. Elle se rétablit contre toute attente, et accoucha au terme ordinaire. La tumeur reparut quelque temps après.

Hoin, chirurgien de Dijon, qui a fait usage de

ces deux observations, regarde les tumeurs qui en font le sujet comme des hernies vaginales. La seule raison qu'il en donne, c'est qu'on les réduisait aisément avec les doigts introduits dans le vagin. Ne serait-il pas possible que des hernies du périnée rentrassent par ce procédé? L'intestin qui les forme doit glisser sur l'un des côtés du vagin. Or les doigts portés dans ce canal appuient nécessairement dessus, et facilitent le mouvement en vertu duquel il rentre dans le ventre. Si les tumeurs dont il s'agit eussent été des hernies vaginales, Smellie aurait-il dit que l'une était située au côté gauche de l'anus, et que l'autre occupait le même côté de l'anus et du périnée? La hernie vaginale et celle du périnée sont assez distinctes pour que cet auteur célèbre ne s'y fût pas mépris, et pour qu'il eût exprimé de la maniere la plus positive que celles qui étaient survenues à ses malades ne se présentaient que dans le vagin, si elles eussent été des hernies vaginales.

On peut réduire les hernies du périnée comme toutes les autres, en faisant mettre le malade dans une situation telle, que le bassin soit plus élevé que le reste du corps, et en les repoussant doucement de bas en haut. Les doigts introduits dans l'anus ou dans le vagin doivent, ce me semble, rendre cette opération plus facile. La hernie sera contenue avec un bandage semblable à celui que l'on emploie pour la hernie de vessie au périnée.

Il en sera parlé plus bas. La seconde observation de Smellie prouve qu'il est possible qu'il y survienne étranglement. Mais y a-t-il des cas où cet accident ne puisse être combattu avec succès par les procédés et par les moyens exposés à l'occasion de la hernie inguinale entérocèle? Si l'opération devenait nécessaire, on pourrait y trouver de grandes difficultés relativement à la profondeur de l'ouverture qui donne passage aux viscères. Cette opération consisterait à ouvrir la tumeur par une incision convenable; à dilater l'ouverture par laquelle l'intestin serait sorti, avec le dilatatoire de Leblanc, s'il pouvait y atteindre; à faire la réduction; enfin à panser le malade comme après l'opération de la taille. Il ne faudrait pas lui permettre de sortir de son lit avant que la plaie fût parfaitement consolidée, et sans avoir pris la précaution de lui appliquer un bandage capable de s'opposer à l'effort que les instestins feraient pour s'échapper.

De la Hernie ventrale.

Il est assez extraordinaire que cette maladie, dont Hippocrate a fait une mention très-expresse au second livre de ses épidémies, et à laquelle Celse a consacré un chapitre entier qui a pour titre, *De interiore abdominis membranâ ruptâ*, n'ait commencé à être connue des médecins que depuis Dionis. Elle est souvent la suite des plaies pénétrantes

dans le ventre, parce que le péritoine et les muscles ne se réunissent jamais avec exactitude, et parce qu'il reste aux endroits où ces parties ont été blessées une faiblesse qui permet aux viscères de s'échapper.

La hernie ventrale peut être occasionnée par des efforts violens qui donnent lieu à l'écartement des fibres charnues et aponévrotiques des muscles du ventre. On observe aussi qu'elle survient souvent à ceux qui ont beaucoup d'embonpoint, à ceux qui ont été attaqués d'hydropisie ascite, aux femmes enceintes et à celles qui ont eu des enfans, sans doute par la même raison qui rend ces sortes de personnes sujettes à la hernie ombilicale.

Le volume de la hernie ventrale varie beaucoup. Il y en a de petites, de médiocres et de grosses. Les premières méritent une grande attention. Elles sont souvent méconnues, eu égard à leur peu de volume, et les accidens habituels qu'elles causent sont attribués mal à propos à des dérangemens intérieurs qui n'existent pas. J'ai plusieurs fois vu des malades attaqués depuis long-temps de nausées, d'envies de vomir, de coliques et de constipation, auxquelles on administrait des médicamens de toute espèce sans aucun succès, et qui ont été guéris, comme par enchantement, par l'application d'un bandage qui retenait une hernie ventrale à peine sensible. Il n'est pas nécessaire, pour que ces sym-

ptômes aient lieu, que les intestins soient totalement étranglés. Il suffit qu'ils soient légèrement pincés dans la plus petite partie de leur diamètre.

Les hernies ventrales d'un volume médiocre ne présentent rien de particulier. Celles qui sont extrêmement volumineuses le deviennent quelquefois au point de renfermer la plus grande partie des viscères du ventre. On leur donne alors le nom d'éventrations. Jean-Louis Petit en a observé une qui était située entre les fausses côtes et la crête de l'os des îles, et qui avait acquis la grosseur de la tête d'un enfant. La tumeur rentrait quand la malade était couchée, et lorsqu'on la comprimait d'une manière convenable. Un jour il ne fut plus possible de la réduire. Le lieu qu'elle occupait, et le peu d'incommodité qu'elle causait, avaient empêché d'en connaître la nature : on l'avait prise pour une tumeur laiteuse. Les nausées, les défaillances et les vomissemens de matières fécales qui survinrent, ne permirent plus de douter que ce ne fût une hernie. On ne sait ce que cette maladie est devenue. Petit promet d'en parler ailleurs, et il ne le fait pas.

On peut rapporter à la hernie ventrale les tumeurs qui se forment à la partie antérieure du ventre, par le déplacement de quelque partie des viscères que cette capacité contient, déplacement causé par l'écartement des muscles droits et par l'amincissement de la ligne blanche. Il n'y a pas long-temps que j'ai

été consulté, avec plusieurs de mes confrères, pour une hernie de cette espèce, qui était au dessus du nombril. Lorsqu'on posait le doigt sur l'écartement des muscles, et que le malade faisait effort pour lever la tête de dessus l'oreiller, ce doigt se trouvait serré et embrassé sur les côtés. Il y avait des vomissemens fréquens et douloureux qu'on ne pouvait attribuer à aucune autre cause, puisque le jeune malade se portait bien d'ailleurs. Nous conseillâmes un corset qui se laçât par devant, pour rapprocher les muscles, et qui portât antérieurement une pelote plate et large, pour soutenir la ligne blanche. Une autre fois j'ai vu l'écartement des muscles droits au dessous du nombril donner lieu à une tumeur herniaire de forme allongée, dont la grosseur égalait celle d'un pain de deux cent cinquante grammes. Le malade avait sept à huit ans comme le premier. Mes conseils avaient été à peu près les mêmes.

Il faut réduire et contenir les hernies ventrales, quelle qu'en soit l'espèce. Leur réduction exige, comme celle de toutes les autres, que le malade soit mis dans une situation favorable, et cette position varie suivant le lieu que la hernie occupe. Si elle est à droite, il faut que le malade soit un peu incliné sur le côté gauche. Si elle répond à la région supérieure du ventre, la poitrine doit être plus élevée que le bassin, et *vice versâ*. Les bandages propres

à la contenir sont les mêmes que ceux qui ont été indiqués à l'article de la hernie ombilicale, à moins qu'elle ne soit fort grosse et du genre des éventrations; car alors il suffit de la soutenir au moyen d'un suspensoire, dont la forme et la capacité doivent répondre à celle de la hernie que l'on a à traiter.

L'étranglement a rarement lieu ici; cependant cela n'est pas sans exemple. Il doit être combattu par les moyens connus. S'il résiste, on ne peut se dispenser d'en venir à l'opération, qui sera faite comme celle de la hernie ombilicale, avec cette différence, qu'il est essentiel, pour ménager les parties intérieures, de se rappeler que les hernies ventrales qui succèdent aux plaies du ventre n'ont pas de sac herniaire, au lieu que les autres en ont un.

De la Hernie de la matrice.

Cette hernie est peut-être moins rare qu'on ne le pense. Il est possible que la matrice soit entraînée hors du ventre avec l'épiploon et les intestins dans les hernies volumineuses, quelle qu'en soit l'espèce; mais cette complication n'est connue que lorsqu'elle est jointe à un état de grossesse qui donne lieu à l'augmentation du volume de ce viscère. On a plusieurs exemples de hernies de matrice dans ce cas. Le plus ancien que l'on connaisse est rapporté

par Sennert, d'après le journal de Silésie de Nicolas Polius. Une pauvre femme de Nisse, étant devenue enceinte pour la neuvième fois, remarqua qu'elle avait auprès de l'aine gauche une tumeur dont la grosseur lui donna de l'inquiétude. Cette tumeur ayant beaucoup augmenté dans la suite, elle devint si monstrueuse, qu'elle lui tombait sur les genoux. On reconnut qu'elle était formée par la matrice pleine d'un enfant. Comme le terme de la grossesse approchait; le sénat de Nisse, instruit de la pauvreté de cette femme, fit faire une assemblée de médecins, de chirurgiens et de matrônes, pour savoir ce qu'il y avait à faire pour son soulagement. Ils décidèrent que, lorsque la femme serait en travail, on ne pourrait se dispenser de pratiquer une incision sur la tumeur, pour en tirer ce qui était contenu. Cette opération fut pratiquée le 9 décembre 1531. L'enfant, quoique robuste, mourut quelques mois après. La mère ne survécut que trois jours, et souffrit pendant ce temps des douleurs inouïes.

Sennert a donné ses soins à une femme qui était dans un cas tout semblable. Elle s'était blessée en aidant à son mari, qui était tonnelier, à courber une perche qui devait servir à faire des cerceaux. Il lui survint à l'aine gauche une hernie dont le volume augmentait de jour en jour, et dans laquelle on sentait les mouvemens d'un enfant. La malade était

obligée de la soutenir avec un suspensoire qui avait son point d'appui sur ses épaules. On lui fit l'opération, et le succès en parut d'abord assez heureux. Néanmoins elle mourut vingt jours après. L'enfant vécut neuf ans.

On conclurait mal à propos, d'après ces deux observations, qu'il n'y a d'autre ressource dans la hernie de matrice compliquée de grossesse que de faire l'opération césarienne. Peut-être serait-il possible de la réduire dans les commencemens, en faisant une pression modérée, et en mettant la malade dans une situation propre à favoriser l'effet de cette compression. Dailleurs il s'est rencontré des cas où les malades ne sont pas accouchées moins heureusement avec cette maladie que si elles n'avaient eu aucun dérangement dans les parties du ventre. On lit dans Rousset qu'une femme ayant fait un effort considérable pour lever de terre un fardeau fort lourd, il lui survint une hernie d'un volume énorme, et qui s'étendait depuis le milieu jusqu'au bas du ventre. Les incommodités qui en résultèrent engagèrent cette femme à se faire opérer, ce qui réussit fort bien. Après avoir vécu quelque temps sans rien sentir, elle devint enceinte. Elle ne put se résoudre à se soumettre une seconde fois à l'opération qui avait été très-douloureuse, et elle se contenta de soutenir sa hernie, qui reparut plus grosse qu'avant, avec un bandage qui prenait son point d'appui sur ses épaules.

On sentait manifestement les mouvemens de son enfant à travers les tégumens qui couvraient la tumeur. Malgré cela elle accoucha sans peine, et quelque temps après elle eut un autre enfant qui vint au monde avec la même facilité, quoique l'action des muscles du ventre ne pût dans ce cas favoriser les efforts de l'enfant ni ceux de la matrice. Elle devint veuve plusieurs années après, et elle prit soin de sa famille avec une activité qu'il n'était pas naturel d'attendre d'une femme aussi incommodée.

Ruisch nous a conservé une observation plus extraordinaire encore. La malade qui en fait le sujet avait eu un abcès à la partie inférieure du ventre auprès de l'aine, lequel avait donné lieu à une hernie de la matrice. La tumeur descendait jusque sur les genoux, dans les derniers mois de la grossesse. Néanmoins la sage-femme en fit la réduction au moment de l'accouchement, qui se termina par les voies ordinaires.

De la Hernie de l'estomac.

Le plus ancien exemple de hernie de l'estomac est celui qui nous a été transmis par Fabrice de Hilden. La malade qui en était attaquée la portait depuis dix-sept ans. Elle avait paru à la suite des efforts violens qu'un vomitif lui avait fait faire. Les incommodités que cette hernie produisit étaient fort

grandes, et la malade ne pouvait se courber en devant sans que l'estomac se déplaçat, et sans qu'il formât une tumeur plus considérable qu'à l'ordinaire. Cette observation a été publiée par Camérarius. Blégni ensuite a cru reconnaître une hernie de l'espèce dont il s'agit, dans une tumeur située à la partie supérieure de la région hypogastrique du côté gauche, laquelle avait été prise pour un abcès, pour le commencement d'une hydropisie, pour une obstruction et un engorgement de la rate, et enfin pour une tumeur de la matrice et de la vessie urinaire. Les circonstances qui portèrent Blégni à penser que cette tumeur pouvait être formée par le déplacement de l'estomac, furent qu'elle ne présentait aucune fluctuation, qu'elle était survenue à la suite de violens éternumens occasionnés par une poudre sternutatoire préparée avec l'ellébore, que cette tumeur paraissait avoir beaucoup de connexion avec l'œsophage, en ce que les alimens descendaient avec peine jusqu'à la partie inférieure de ce canal où ils séjournaient long-temps, et enfin en ce que la malade n'était soulagée que quand elle était couchée sur le dos. Blégni contint cette tumeur avec une large ceinture. Il observe qu'une pareille maladie est absolument incurable; mais il croit qu'il serait possible d'y remédier dans les commencemens. Réneaume, après Blégni, n'a parlé de la hernie de l'estomac que pour répandre du blâme sur un chirurgien qui avait pris

cette maladie pour un abcès, et qui avait voulu l'ouvrir. Il aurait été beaucoup plus utile d'exposer les signes qu'elle présentait, et les moyens par lesquels on aurait pu y remédier. Garengeot a fait entrer l'histoire de cette hernie dans le mémoire déjà cité, et en a donné deux observations très-intéressantes. L'une, d'un jeune homme qui, ayant jeté subitement ses épaules en arrière dans la chaleur de l'exercice de la danse, éprouva une douleur vive à l'estomac, suivie de nausée, de vomissemens, de malaise, de constipation, d'insomnie, de fièvre lente, et de tumeur flatueuse et du volume du poing à la région épigastrique, près du cartilage xiphoïde; l'autre, d'une femme à qui il survint au même endroit une tumeur de la grosseur et de la forme d'une olive, laquelle offrait au doigt une mollesse élastique telle qu'aurait pu être celle d'une poche pleine d'air. Cette poche venait de paraître subitement à l'occasion d'un effort que la malade avait fait pour lever un enfant, et elle lui causait une douleur et une suffocation si grande, qu'elle avait peine à parler. La première de ces deux hernies fut méconnue pendant deux ans, après lesquels le jeune homme qui la portait, et qui était chirurgien, ayant entendu Garengeot parler de la hernie de l'estomac dans une de ses leçons publiques, s'aperçut enfin que sa maladie en était une, et fit un bandage avec lequel il la contint, et qui suffit pour mettre fin à toutes les incommodités qu'il

éprouvait. La seconde fut réduite sur-le-champ. Depuis Garengeot, la hernie de l'estomac a excité l'attention des praticiens, et les observations que l'on a faites à ce sujet se sont multipliées à un tel point, qu'il y a peu de maladie aussi bien connue.

Néanmoins il y a des cas où le diagnostic en est extrêmement difficile. Ce sont ceux où l'on ignore la cause qui peut y avoir donné lieu, et où elle ne présente aucune tumeur sensible. Il y avait déjà longtemps que je donnais des soins à une personne qui digérait mal depuis sept ans, et qui était sujette à des vomissemens qu'on n'attribuait qu'à une mauvaise disposition de l'estomac. Au mois de novembre 1764, elle fut attaquée de vomissement qui dura douze jours, et qui la jeta dans une faiblesse excessive. Elle eut en même temps des hoquets et de la constipation, et le ventre, qui avait été mou et insensible, devint tendu et douloureux à la fin de l'accès, par les secousses violentes qu'il avait souffertes. Ce symptôme me fit soupçonner un déplacement des parties molles du ventre; mais les recherches les plus exactes ne me firent rien découvrir à cet égard. La malade se rétablissait peu à peu, lorsqu'au mois de janvier suivant les mêmes accidens se renouvelèrent avec bien plus de force que la première fois. Il survint des convulsions de toutes les parties du corps, et la malade fut bientôt à l'extrémité. Je désespérais de la tirer d'affaire. Cependant elle revint à un état

plus tranquille. Un nouvel examen me fit apercevoir que les muscles droits étaient un peu plus écartés à leur partie superieure qu'ils n'ont coutume de l'être. Je pensai que leur éloignement pourrait être la cause de cette maladie, en permettant à la partie antérieure de l'estomac de s'engager dans l'intervalle qu'ils laissaient entre eux. Je fis mettre d'abord une pelote de coton un peu allongée, qui procura un soulagement marqué. On a fait ensuite un bandage approprié, et depuis ce temps les forces de la malade sont revenues et les digestions se sont faites assez bien.

La hernie de l'estomac veut être réduite et contenue comme les autres. La réduction doit quelquefois être préparée par des applications émollientes et relâchantes continuées assez long-temps. Le bandage destiné à la contenir doit être composé d'une ceinture et d'une pelote dont la forme réponde à celle des parties voisines. Lorsque les sujets ont peu d'embonpoint, on fait cette pelote plus bombée : on la fait plus petite pour les personnes grasses. Il faut que la pression qu'elle exerce porte sur toute l'étendue de l'ouverture, qui permet aux parties de se déplacer, sans être trop faible ni trop forte. Gunz, professeur d'anatomie et de chirurgie en l'université de Leipsick, qui a donné en 1744 un Traité sur les hernies, dans lequel il fait mention de celle de l'estomac, convient que le bandage en est le

principal moyen curatif. Mais il porte ses vues plus loin, et il conseille de faire observer un régime exact au malade, et de lui faire prendre des boissons froides et légèrement aromatisées, en petite quantité à la fois, afin de donner du ton aux fibres de l'estomac. Cette conduite ne peut être qu'utile, si ce viscère est relâché et qu'il ait perdu une partie de son ressort. Mais, comme le remarque fort bien Pipelet, ce n'est pas cette atonie qui est la cause formelle de la hernie dont il s'agit. Quand les parties contenantes n'ont souffert aucun écartement par relaxation ou par rupture, l'estomac ne peut former hernie. C'est leur moindre résistance qui lui permet de se déplacer, et ce déplacement n'est qu'une maladie accidentelle; de sorte que, lorsqu'on s'y oppose par une pression méthodique, on a rempli toutes les vues de l'art, ce qui n'exclut pas les remèdes que le défaut d'action peut exiger.

On n'a pas encore observé que la hernie de l'estomac fût susceptible d'un étranglement complet. Si cet accident arrivait, et qu'il ne pût être efficacement combattu par les moyens connus, rien n'empêcherait qu'on n'ouvrît la tumeur, afin de dilater ou d'agrandir l'issue herniaire, et de faire la réduction. Cette opération ne serait sans doute pas sans danger; mais le fait suivant prouve qu'on pourrait raisonnablement en espérer du succès. Un homme âgé de 45 ans reçut un coup de couteau

au dessous du cartilage xiphoïde, entre les muscles droits. La plaie pénétra dans le ventre, et donna issue à une portion de l'estomac qui formait une tumeur de la grosseur du poing. Le malade garda cette tumeur pendant deux jours sans qu'on y fît rien. Il y avait un peu d'engorgement autour de la plaie. La portion d'estomac qui était déplacée avait déjà une couleur livide et noire, et avait contracté des adhérences avec les parties voisines. Il fallut, pour la réduire, débrider la plaie du côté inférieur et détruire les adhérences. Le malade fut pansé avec un bourdonnet, auquel on substitua, deux jours après, un plumasseau couvert de baume d'arcæus. On rapprocha les lèvres de la plaie avec une compresse soutenue d'un bandage de corps, et le malade guérit en peu de temps et sans accidens.

Il n'est point rare de trouver une portion de l'estomac dans la poitrine, où il s'est introduit par un écartement des fibres du diaphragme. J. L. Petit en rapporte deux exemples. Il y avait long-temps que cette disposition avait lieu dans le premier cas, puisque le malade était incommodé depuis quarante ans. Il avait des coliques d'estomac et des vomissemens considérables. Aussitôt que ces symptômes étaient dissipés, il survenait des nausées accompagnées de vives douleurs. Il se trouva, à l'ouverture du corps, qu'une grande partie du colon, de l'épiploon, et de la partie gauche de l'estomac,

étaient engagés dans une ouverture du diaphragme. Cette ouverture, située vers le centre aponévrotique de ce muscle, était faite par l'écartement de ses fibres. Elle était oblongue, large de vingt-sept millimètres dans son petit diamètre, et de cinquante-quatre dans son grand. Il n'y avait ni sac herniaire, ni adhérence. Le malade n'éprouvait jamais de coliques quand il avait mangé, sans doute parce que l'estomac rempli bouchait l'ouverture à travers laquelle il ne pouvait plus passer. Dans le second cas, le déplacement était plus considérable. Il y avait eu des étouffemens qui cessaient quand le malade avait mangé, et que l'on attribuait à un asthme. Le malade périt d'une inflammation d'entrailles. Les parties se trouvèrent adhérentes entre elles et au sac qui les contenait. Ce sac était formé par le péritoine, le diaphragme et la plèvre qui étaient amincis, et non percés.

Il est utile de faire observer ici que peut-être le plus grand nombre des hernies que l'on a cru être formées par l'estomac l'ont été par le colon. Cet intestin traverse en effet la partie inférieure de la région épigastrique, et il est fort possible qu'il s'engage en plus ou moins grande quantité dans une ouverture faite par l'écartement des fibres de la ligne blanche. Or la tumeur qui en résulterait aurait le même aspect que celle que forme l'estomac, et produirait les mêmes incommodités.

De la Hernie de vessie.

La vessie peut se déplacer par différens endroits, et donner lieu à des hernies qui, quoique semblables à quelques égards, diffèrent cependant beaucoup les unes des autres. Elle sort pour le plus souvent par l'anneau des muscles du ventre, et forme une tumeur qui tantôt ne passe pas le pli de l'aine, tantôt descend le long du cordon des vaisseaux spermatiques, jusqu'au bas du scrotum. Quelquefois ce viscère s'échappe au dessous du ligament de Fallope, et vient se montrer à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, au même lieu que les hernies crurales. En d'autres cas, la vessie force le ressort des muscles releveurs de l'anus, et produit une hernie qui fait bosse au périnée. Enfin on l'a vue passer à travers la paroi de la partie antérieure du vagin, ou forcer le ressort des membranes qui forment ce conduit, et faire saillie dans sa cavité jusque dans l'intervalle, et même hors des grandes lèvres. Dans tous ces cas, la tumeur est sans changement de couleur à la peau; elle ne cause presque pas de douleur; on la trouve plus grosse ou plus petite, selon le temps qui s'est écoulé depuis que le malade a uriné. On y remarque une fluctuation sourde, et quelquefois manifeste, lorsque la portion de vessie sortie hors du ventre est pleine d'urine, et elle ne peut être maniée sans que le malade éprouve le be-

soin d'uriner. Il y a des sujets qui, pour rendre leurs urines, sont obligés de comprimer leur tumeur; à quoi il faut ajouter qu'ils éprouvent toujours une dysurie plus ou moins forte.

La hernie de vessie qui se fait à travers l'anneau des muscles du ventre est celle qui est le plus anciennement connue. La première description s'en trouve dans la quatrième centurie des histoires anatomiques de Thomas Bartholin. Il dit que Jean-Dominique Sala, son maître et son ami, qui vivait en 1520, ayant ouvert le corps d'un homme que l'on croyait avoir été attaqué de la pierre dans la vessie, sans qu'il eût été possible de la reconnaître avec la sonde, il trouva un corps étranger dans une portion de vessie qui avait passé dans un des côtés du scrotum, pendant que l'autre côté de cette poche renfermait la plus grande partie des intestins grêles.

Cette espèce de hernie de vessie ne diffère pas seulement en ce qu'elle s'étend plus ou moins loin de l'anneau; elle varie encore par son volume, et par sa simplicité et sa composition avec d'autres hernies, c'est-à-dire avec celle de l'intestin, de l'épiploon, de l'intestin et de l'épiploon ensemble, et par ses complications. Méry, qui eut occasion de l'observer en 1713 sur un particulier dont la hernie, prise pour une entérocèle inguinale, ne pouvait être contenue par un bandage, pensa qu'elle

devait être un vice de conformation. Il voyait si peu de proportion entre la vessie pleine d'urine et l'ouverture par laquelle ce viscère s'échappe, qu'il ne pouvait concevoir que des causes accidentelles pussent jamais la forcer à y passer, d'autant plus qu'elle est retenue dans le lieu qu'elle occupe par des adhérences extrêmement compliquées.

Ce n'est pas non plus dans le temps de sa plénitude que la vessie se déplace; elle ne fait qu'acquérir les dispositions nécessaires pour former hernie. En effet, si les urines s'y amassent en grande quantité à la fois, et qu'elles en écartent beaucoup les parois, les membranes de ce viscère, devenues molles et flasques après l'évacuation de ce fluide, peuvent céder aux efforts qui les poussent vers les endroits de la circonférence du ventre où la résistance est moindre. Une fois engagées dans l'anneau, elles continueront à s'y enfoncer par suite des mêmes efforts, et la maladie fera bientôt des progrès. Lorsque cette tumeur prend un volume un peu considérable, elle entraîne souvent les intestins et l'épiploon hors du ventre, et quelquefois tous les deux en même temps, parce que le péritoine, dont la vessie est couverte en entier, les suit, et fait un sac dans lequel ces parties s'introduisent. Quelquefois aussi ce sont les intestins et l'épiploon qui se déplacent les premiers, et qui, poussant le péritoine au dehors, entraînent la vessie, qui lui est

adhérente. La hernie cesse alors d'être simple, et elle prend le nom de composée. La présence de quelque pierre et l'étranglement peuvent la compliquer. Les pierres se reconnaissent au toucher. L'étranglement est indiqué par la chaleur, la rougeur, la douleur et la fièvre, et souvent par les hoquets suivis de vomissemens, ou plutôt par les vomissemens suivis de hoquets, suivant la remarque de J. L. Petit. Cet accident ne doit avoir lieu que fort rarement, à moins que la hernie ne soit composée, et alors les symptômes qui surviennent dépendent plus de la compression à laquelle les intestins et l'épiploon sont exposés, que de celle de la vessie même. Cependant il pourrait arriver, si la vessie était fort étroite à l'endroit de l'anneau, comme cela s'est vu quelquefois, et si des matières muqueuses et terreuses bouchaient le détroit par lequel le prolongement de ce viscère, qui se porte au dehors, communique avec son corps demeuré dans la cavité du ventre.

Les moyens curatifs de la hernie dont il s'agit, se bornent à la contenir avec un bandage dont la pelote soit médiocrement concave, si elle ne fait que commencer, et qu'elle ne passe pas le pli de l'aine. On aura un suspensoire fait avec une toile forte et incapable de prêter si elle est ancienne, et qu'elle descende le long du cordon spermatique. Il faut aussi recommander au malade de retenir ses urines le moins de temps qu'il lui est possible, et de se cou-

cher habituellement du côté opposé à la tumeur. Si on s'aperçoit que ces précautions la fassent diminuer, ce qui est quelquefois arrivé, on se servira d'un suspensoire dont la capacité soit moindre ; et peut-être parviendra-t-on à la faire entièrement disparaître, ou à rendre les incommodités qu'elle produit beaucoup plus supportables. Lorsqu'il se présente des pierres dans ces sortes de tumeurs, il est plus prudent de les tirer par une incision pratiquée dans l'aine, que de les repousser dans le ventre, où elles ne peuvent manquer de grossir, et d'où on ne peut plus les extraire que par une opération dangereuse. Enfin, lorsqu'il survient étranglement, il faut vider la poche qui forme la hernie avec un coup de trois-quarts. Morand l'a fait, dit-on, avec succès. Quelques-uns conseillent, dans ce cas, de mettre la portion de vessie sortie à découvert, et de la repousser dans le ventre, après avoir débridé ou dilaté l'anneau. Mais se peut-il que l'étranglement résiste à la ponction, et en supposant que cela arrive, peut-on espérer de faire rentrer la vessie après avoir dilaté et débridé l'anneau qui lui a donné passage ? Il me semble que ses adhérences avec le tissu cellulaire qui l'entoure de toutes parts, doivent s'opposer à cette réduction.

Lorsqu'on fait l'opération d'une hernie inguinale entérocèle ou entéro-épiplocèle, dont le volume est considérable, on ne peut, pour le plus souvent, se

dispenser de retrancher une partie du sac herniaire et de la peau du scrotum, qui ont été fort allongés, et qui, se repliant sur eux-mêmes, retarderaient la formation de la cicatrice et la rendraient difforme. La fréquence de la complication de ces hernies avec celles de la vessie doit rendre circonspect sur cette partie de l'opération, et engager à bien examiner les membranes qu'on se propose d'extirper, de peur d'entamer le prolongement de la vessie qui peut se trouver confondu avec elles, et d'y causer une plaie avec perte de substance, dont la guérison ne serait pas impossible, mais qui rendrait le traitement plus laborieux et plus long. Si cet accident arrivait, il faudrait introduire une sonde dans la vessie par les voies ordinaires, pour évacuer les urines à mesure qu'elles s'y présentent, et pour les empêcher de se porter vers la plaie.

De toutes les observations qui ont été recueillies sur la hernie de vessie, je n'en connais qu'une seule où on puisse présumer que cette maladie se soit présentée à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, à l'endroit où se forment les hernies crurales. Elle est de Levret. Le volume de la tumeur était différent, selon que le malade avait été plus ou moins long-temps sans uriner. Cette circonstance donna lieu de penser qu'elle était faite par une portion de la vessie qui s'était glissée sous l'arcade tendineuse des muscles du ventre, et on fut confirmé dans cette

opinion par l'obliquité que l'on reconnut à l'urèthre en sondant le malade. Il se trouvait un peu à droite, y étant entraîné par la vessie. Cette espèce de hernie n'exige pas d'autres soins que celle qui est inguinale, et qui ne déborde pas le pli de l'aine.

On n'a connu pendant long-temps d'autres exemples de hernie de vessie au périnée, que les deux que Verdier a recueillis dans son Mémoire. Le premier est de Méry. Cet habile praticien fut consulté par une pauvre femme enceinte de cinq à six mois, qui n'urinait qu'avec peine, et qui avait au périnée une tumeur du volume d'un œuf de poule, de la nature de celles qui sont faites par le déplacement de la vessie. Méry ne douta pas que ce ne fût une hernie de ce viscère. Il ne dit pas s'il donna quelques conseils à la malade. Le second exemple a été communiqué à l'Académie de Chirurgie par Curade, père, chirurgien à Avignon. Une femme âgée de vingt-trois ans, et enceinte de six mois, portait au côté du périnée une tumeur dont le volume augmentait quand elle était debout, et quand elle avait été quelque temps sans uriner, et qui diminuait dans les circonstances contraires. Curade contint cette tumeur avec des compresses et un bandage convenable. Elle disparut après l'accouchement, et se montra de nouveau à la fin d'une seconde grossesse, mais avec un volume plus considérable que la première fois, puisqu'elle occupait tout le périnée.

Quand on fait attention à la situation de la vessie, on conçoit avec peine la possibilité d'une pareille hernie. Mais les deux femmes dont on vient de parler étaient enceintes, et sans doute que le poids de la matrice avait forcé la vessie à descendre dans le petit bassin, et à se prolonger de haut en bas sur l'un des côtés du vagin jusqu'au périnée, d'autant plus que la figure de ce viscère n'est pas la même que chez les hommes, ou même que chez les femmes qui n'ont point eu d'enfans, et qu'elle représente une espèce de barillet arrondi par ses deux extrémités et placé en travers. La même cause et la même disposition ne se montrent pas chez les hommes, ce qui rend chez eux cette espèce de hernie plus difficile et plus rare; aussi n'a-t-elle été observée qu'une fois. On peut voir le détail de ce fait intéressant dans un mémoire de Pipelet, inséré dans le quatrième tome de ceux de l'Académie de Chirurgie. La tumeur fut contenue par une tablette d'ivoire de cinquante-quatre millimètres de long sur vingt-sept de large, échancrée sur les côtés, et surmontée par une espèce de champignon de même substance, de forme arrondie, et de vingt-sept centimètres de haut sur vingt-deux de diamètre. Cette tablette était soutenue par une large sous-cuisse, fixée par-devant et par-derrière à une ceinture. Elle réussit assez bien d'abord; mais, étant devenue incommode par le déplacement auquel elle était su-

jette, Pipelet y suppléa par une garniture en laine, qui formait une gaîne propre à recevoir l'urèthre. Ces moyens sont les seuls que l'on puisse employer dans ces sortes de cas.

S'il est rare de voir des hernies de vessie au périnée, il ne l'est pas moins d'en rencontrer qui fassent saillie dans le vagin. Je ne connais que deux observations de cette espèce. L'une se trouve dans un essai de Hoin sur les hernies, et lui a été communiquée par M. Chaussier, docteur en Médecine à Dijon. L'autre a été employée par Verdier, dans le mémoire déjà cité. En voici une troisième qui m'est personnelle. Une femme de trente ans, et grosse de trois mois, fut attaquée d'une rétention d'urine à laquelle ou fit peu d'attention. Il ne tarda pas à se manifester dans le vagin une tumeur qui naissait de sa partie antérieure, et qui descendait jusque dans l'intervalle des grandes lèvres. Cette tumeur augmenta considérablement, et la région hypogastrique se tendit, et présenta une fluctuation manifeste dans une très-grande étendue. La malade eut les mêmes symptômes que celle de M. Chaussier, de la fièvre, des douleurs excessives dans le ventre, de l'insomnie. Elle n'urinait pas. On voulut la sonder; on ne put y réussir. Lorsqu'on portait les doigts sur la tumeur du vagin, pour en examiner la nature, les urines coulaient abondamment, en vertu de la pression qu'on exerçait sur les parties malades.

Je ne sais quelle idée on s'était formée de ce fâcheux état, lorsqu'on me pria de voir cette femme. Je fus frappé de la suppression des urines, qui durait depuis plus de quinze jours. Il me parut nécessaire, avant toute chose, d'introduire une sonde dans la vessie. Elle procura la sortie d'une quantité prodigieuse d'urine, après laquelle la tumeur du vagin et la tension de la région hypogastrique disparurent presque entièrement. Je conseillai de laisser la sonde dans la vessie. La malade, épuisée par la violence et par la longueur des maux qu'elle avait soufferts, mourut peu de jours après. Je n'ai pu assister à l'ouverture de son corps, parce qu'elle demeurait à la campagne, et que mes affaires ne me permirent pas d'y aller.

La hernie de vessie par le vagin doit être réduite et contenue avec un pessaire qui l'empêche de se déplacer de nouveau, et que l'on pourra imbiber de quelques médicamens toniques et légèrement astringens, si les circonstances dans lesquelles se trouve la malade le permettent. Mais rien n'est plus utile pour prévenir le retour de cette maladie que de conseiller à la personne qui en est attaquée d'uriner souvent, ou de procurer la sortie fréquente de ses urines avec une sonde, si la vessie a perdu de son ressort.

Des Déplacemens de la matrice et du vagin.

Ces déplacemens sont, la descente, le renversement et la rétroversion de la matrice, et le renversement du vagin.

De la Descente de la matrice.

La descente de la matrice a trois degrés différens, auxquels on donne le nom de relâchement, de descente proprement dite, et de chute ou de précipitation.

Lorsqu'elle n'est qu'à son premier ou à son second degré, la matrice s'engage dans le vagin, où l'on rencontre une tumeur pyriforme autour de laquelle il est facile de promener l'extrémité du doigt, et qui est percée, à sa partie inférieure, d'une ouverture placée en travers. Cette tumeur est située plus haut, lorsque la matrice n'est que relâchée, et plus bas, lorsqu'elle est descendue. Si le mal est parvenu à son troisième et dernier degré, la matrice se précipite entièrement au dehors. Elle entraîne alors le vagin, qui est retourné sur lui-même, et une partie de la vessie qui lui est adhérente. Il arrive aussi quelquefois que plusieurs des viscères flottans du bas-ventre s'enfoncent dans l'espèce de cul-de-sac qui est formé par le vagin, et qu'ils augmentent de beaucoup le volume de la tumeur. Celle que présente

la matrice ainsi précipitée, est de forme allongée, presque cylindrique, et se termine par une extrémité étroite, à laquelle se voit aussi uue ouverture transversale qui laisse échapper le sang menstruel aux temps prescrits par la nature. La forme cylindrique de cette tumeur peut en imposer avec d'autant plus de facilité, que le vagin, retourné sur lui-même, et exposé à l'action de l'air, prend quelquefois avec le temps une couleur qui diffère peu de celle de la peau; aussi est-il arrivé que des femmes qui avaient des précipitations de matrice aient passé pour hermaphrodites, parce que la tumeur qui leur sortait des parties naturelles a été prise pour une verge. La fille de Toulouse dont Saviard nous a conservé l'histoire était dans ce cas.

Les incommodités qui accompagnent le relâchement et la descente de la matrice se réduisent à une pesanteur et à quelques tiraillemens dans les reins, qui augmentent lorsque les malades se tiennent debout ou lorsqu'elles marchent, et qui diminuent au contraire, et même se dissipent totalement lorsqu'elles ont resté couchées pendant quelque temps. Celles qui suivent la chute ou la précipitation de ce viscère sont plus graves. Les malades ont plus de pesanteur et de tiraillemens dans les reins. Elles éprouvent du ténesme et de la difficulté à uriner, et ressentent quelquefois des douleurs vives dans la tumeur même qui est sujette à s'enflammer,

et à s'ulcérer, à raison de sa situation déclive, du frottement auquel elle est exposée, et de l'action des urines qui coulent dessus.

Il est facile de réduire la matrice lorsqu'elle n'est que relâchée ou descendue. Elle reprend souvent sa situation naturelle lorsqu'on en donne une à la malade, telle qu'étant couchée sur le dos, ses reins soient un peu plus élevés que sa poitrine. Si cela ne suffit pas, les doigts portés dans le vagin la font remonter en son lieu. La malade ne ressent point de douleur pendant cette réduction qui, pour l'ordinaire, est spontanée, et cette circonstance sert à faire distinguer l'indisposition dont il s'agit d'avec les polypes de la matrice ou du vagin, lesquels ne peuvent être réduits, et dont la forme est telle, qu'ils sont plus épais en bas qu'en haut, et qu'ils n'offrent point d'ouverture semblable à celle que présente le museau de la matrice.

Lorsque ce viscère est totalement précipité, il n'est plus aussi aisé de le replacer. Le grand nombre de parties qu'il entraîne dans sa chute, et le gonflement qui survient quelquefois, exigent qu'on le dispose à la réduction, en faisant garder le lit à la malade, en lui faisant observer un régime plus ou moins sévère, et en lui administrant les remèdes généraux, tels que les saignées, les purgatifs, les bains, les boissons délayantes, auxquels il faut joindre l'application de topiques émolliens et relâ-

chans. Ces moyens ont souvent réussi dans des chutes de matrice déjà anciennes et devenues fort volumineuses. Ruisch ne voulait pas qu'on tentât de réduire dans de pareilles circonstances. Il ne pensait pas non plus qu'on dût le faire lorsque la matrice est ulcérée. Mais comme cette complication est accidentelle, et qu'elle n'est causée que par les frottemens auxquels la tumeur est exposée, et par l'âcreté des urines qui coulent dessus, on ne voit pas ce que cette pratique peut avoir de dangereux. On entrevoit au contraire que, la cause qui produit et qui entretient les ulcérations de la matrice venant à cesser par la réduction, ces ulcérations doivent guérir peu après que le viscère a été remis en son lieu.

Lorsqu'on se rapelle la situation de la matrice, la force des ligamens destinés à la soutenir, et les connexions du vagin avec les parties qui l'avoisinent, on conçoit difficilement qu'elle soit susceptible d'un déplacement aussi considérable que celui dont il vient d'être parlé. Il est bien plus difficile encore de concevoir comment ce déplacement peut arriver pendant la grossesse, et même lorsque la matrice est parvenue à sa plus grande dilatation. Cependant ce cas s'est présenté assez fréquemment. Je pourrais en citer plusieurs exemples. Il suffira du suivant, lequel est tiré du Traité des Accouchemens de M. Portal. Une matrône appelée pour secourir une femme en couche,

fut surprise de lui trouver entre les cuisses une tumeur de la grosseur d'un ballon. Elle pensa que c'était une chute de matrice, et elle demanda du secours. M. Portal qui fut mandé, porta le même jugement. Il remarqua sur cette tumeur une fente de la longueur de six ou huit millimètres, par où s'écoulait une humeur de nature muqueuse, et qu'il reconnut pour l'orifice de la matrice. La malade était à son premier enfant. Depuis l'âge de connaissance, elle avait une descente de matrice qu'elle faisait rentrer aisément, mais elle n'en avait pas été incommodée depuis qu'elle était enceinte jusqu'au jour précédent, que la tumeur avait paru à la suite de quelques efforts que les douleurs lui avaient fait faire. M. Portal, instruit de toutes ces circonstances, se détermina à dilater peu à peu l'orifice de la matrice, pour pouvoir en tirer l'enfant. Il éprouva quelques difficultés, et les premiers efforts qu'il fit causèrent à la malade des douleurs si vives, qu'il fut obligé de suspendre son opération pendant une heure. Il recommença ensuite avec plus de succès. Ses doigts, qu'il introduisit l'un après l'autre, opérèrent une dilatation suffisante, les eaux s'écoulèrent, l'accouchement se termina heureusement, et la réduction se fit avec assez de facilité.

La chute de la matrice qui arrive pendant la grossesse exige des attentions particulières. On peut y remédier par la réduction, lorsque la femme est en-

ceinte depuis peu de temps. Si sa grossesse est avancée, ou que le mal soit déjà ancien, cette réduction devient difficile. Peut-être serait-il plus prudent alors de laisser la matrice en dehors que de fatiguer la mère et l'enfant par des tentatives trop multipliées. Ce viscère ne doit cependant pas être abandonné à lui-même; on doit le soutenir avec un bandage approprié, et faire garder le lit à la malade. Lorsque la chute de la matrice arrive au temps même de l'accouchement, tout essai de réduction devient inutile et dangereux. Il faut, dans ce cas, travailler à procurer la sortie de l'enfant, en dilatant peu à peu l'orifice de la matrice, que l'on aura soin de faire soutenir pendant cette opération, qui, quoique laborieuse, ne présente pas autant de difficultés que lorsque la matrice est dans sa situation naturelle. L'extraction de l'arrière-faix exige beaucoup de circonspection. Elle doit être faite avec la main introduite dans la matrice, le dos tourné du côté de la face interne de ce viscère, et le dedans du côté de la face externe du placenta qu'on décolle peu à peu, en allant d'un des bords de ce corps vers son milieu.

Ruisch voulait que, dans le cas de chute complète, on remît à la nature le soin d'expulser l'enfant lorsqu'il est encore vivant, et que l'on se contentât de retenir en même temps l'orifice de la matrice; mais que, s'il était mort, on en fît l'extraction avec une main, pendant qu'on retiendrait la matrice avec l'au-

tre. Ce sentiment est trop contraire au mécanisme de l'accouchement pour pouvoir être adopté. L'expulsion de l'enfant ne se fait pas moins par la contraction du diaphragme et des muscles du bas-ventre que par celle de la matrice; d'où il est aisé de conclure que, l'un de ces deux agens venant à manquer, cette expulsion devient difficile, si elle n'est pas totalement impossible par les seules forces de la nature. Or c'est précisément ce qui arrive ici; car la matrice précipitée n'est plus soumise à l'action du diaphragme et à celle des muscles du bas-ventre. Bien plus, une pareille conduite deviendrait extrêmement dangereuse, parce que les efforts que la mère ferait pour se délivrer tendraient à rendre la chûte de la matrice plus complète, et causeraient de grands tiraillemens dans les parties avec lesquelles elle a des connexions. Dailleurs on ne voit pas pour quelle raison Ruicsh prescrit d'agir diversement suivant les différens états de l'enfant. Il est vraisemblable que celui-ci est absolument passif dans l'accouchement, et qu'il ne contribue en rien à son expulsion, ou que s'il y a quelque part, ce n'est qu'en excitant la matrice à se contracter par les mouvemens qu'il exécute. Il est donc indifférent qu'il soit vivant ou mort, quant à la conduite que l'on doit tenir, et cette conduite doit être la même dans l'une et dans l'autre de ces deux circonstances.

Quel que soit le degré auquel la descente de ma-

trice est parvenue, il ne suffit pas d'en faire la réduction. Cette maladie ne tarderait pas à se renouveler, si on ne s'y opposait par l'usage des fomentations astringentes, et par l'introduction d'un pessaire. Dans le cas dont il s'agit, cet instrument doit avoir la forme d'un ovale aplati et percé dans son milieu pour recevoir le col de la matrice, et permettre l'écoulement du sang menstruel et celui des humeurs qui sortent de ce viscère. On le construit, pour le plus souvent, avec du liége, qu'on plonge à plusieurs reprises, dans de la cire, jusqu'à ce qu'il ait acquis une épaisseur convenable. Lorsqu'on veut s'en servir, on le graisse avec du beurre frais ou avec de l'huile, et on l'introduit dans le vagin par une de ses extrémités, jusqu'à ce qu'il soit parvenu à la partie supérieure de ce conduit. Alors on lui donne une position transversale, telle que son grand diamètre s'étende d'un des côtés du bassin à l'autre, et que le petit porte sur le sacrum et sur la jonction des os pubis. Cet instrument veut être renouvelé de temps en temps, autrement il s'altère et se corrompt, et peut donner lieu à des maladies assez graves. Un des membres de l'Académie de Chirurgie a rapporté qu'il avait vu une fièvre putride et une inflammation de bas-ventre causée par un pessaire de liége couvert de cire, lequel s'était putréfié dans le vagin. Rousset assure dans son ouvrage *de Partu cæsareo*, avoir donné des soins à une femme qu'il croyait avoir une

inflammation de vessie ou de matrice, et qui fut guérie par la sortie de quelques morceaux de liége pourris, qui étaient les restes d'un pessaire qu'elle portait depuis dix-huit ans. On a cru que des pessaires faits avec de l'or ou avec de l'argent mettraient les femmes qui sont forcées d'en faire usage à l'abri de semblables accidens; mais l'expérience a montré qu'ils sont susceptibles de s'altérer à la longue, et qu'ils donnent lieu à des excoriations douloureuses, et suivies d'écoulemens putrides. Actuellement on en fait avec la gomme élastique seule, ou avec diverses substances, qu'on couvre d'un enduit épais fait avec cette gomme, dissoute dans un menstrue approprié. Les premiers paraissent préférables aux autres par leur souplesse, et sans doute par une moindre disposition à s'altérer.

Il n'est aucune chute de matrice dont on ne puisse obtenir la réduction, à quelque volume que la tumeur soit parvenue; mais il est souvent difficile de contenir cette tumeur. Si le pessaire dont on fait usage est assez grand pour porter sur le sacrum et sur le pubis, et pour résister à l'effort des parties qui tendent à le chasser, il donne de la difficulté à uriner et à aller à la selle, laquelle est bientôt suivie de douleurs et de tension dans le bas-ventre. Si les dimensions n'en sont pas assez grandes, ou le poids de la matrice et celui des viscères qu'il est obligé de soutenir le poussent en bas au moindre effort que

fait la malade pour uriner ou pour rendre des excrémens endurcis, ou, malgré sa présence, la femme incommodée éprouve une pesanteur continuelle dans la région hypogastrique, des tiraillemens dans les reins, et des douleurs dans les cuisses qui la mettent quelquefois dans l'impossibilité de marcher.

Jean Bauhin et Saviard avaient déjà observé l'insuffisance des pessaires dont on se sert communément, et cette remarque les avait conduits à en faire construire d'autres qui pussent soutenir le poids de la matrice. Celui de Bauhin était un cercle d'argent supporté sur une tige à trois branches. Il introduisait cet anneau dans la partie supérieure du vagin, de manière que le col de la matrice y fut engagé, et il le maintenait avec un ruban qui tenait à la tige de l'instrument, et dont les extrémités étaient attachées à une ceinture. Le pessaire de Saviard consistait en un ressort d'acier dont une des extrémités était fixée à une ceinture, pendant que l'autre, garnie d'un petit écusson, se recourbait jusqu'au dedans du vagin, et retenait la matrice dans sa situation naturelle. Ces deux instrumens, et surtout le premier, paraissent assez bien répondre aux vues de leurs auteurs, et pouvoir être employés avec succès. On pourrait suppléer à leur défaut au moyen d'une éponge ou de compresses épaisses, retenues comme les linges avec lesquels les femmes ont coutume de se garnir.

Du Renversement de la matrice.

Le renversement de la matrice est complet ou incomplet. Lorsqu'il est incomplet, le fond seul de ce viscère passe à travers l'ouverture de son col, et se fait sentir dans le vagin. Lorsqu'il est complet, ce fond se retourne totalement sur lui-même, passe à travers l'orifice, entraîne une partie du vagin avec lui et descend plus ou moins bas, et quelquefois jusqu'entre les cuisses de la malade. Ces deux espèces de déplacemens ne diffèrent entre eux que du plus au moins, et sont deux degrès d'une même maladie.

Le renversement de la matrice est, pour le plus souvent, la suite de la manière dont on a procédé à l'extraction de l'arrière-faix après l'accouchement, parce que ce viscère, dont les parois ont été considérablement distendues, n'a pas eu le temps de se contracter sur lui-même, et parce qu'en même temps son orifice est autant dilaté qu'il le puisse être. Il est aisé de comprendre comment avec de pareilles dispositions il peut suivre l'arrière-faix qui tient à ses parois, et se déplacer en se retournant. Cela arrive, 1.° lorsqu'on veut faire l'extraction du placenta avant le temps indiqué par la nature, et avant qu'elle en ait opéré le décollement. 2.° Lorsqu'on se contente de tirer sur le cordon ombilical sans soutenir la matrice avec les doigts de la main

gauche, introduits dans la cavité de ce viscère. 3.° Lorsqu'on le tire avec force et par secousses. Il est vrai que le placenta se trouve quelquefois si adhérent, que son extraction est difficile, et qu'on est exposé à entraîner la matrice avec lui ; mais on prévient cet accident en prenant la précaution de le décoller avec les doigts introduits dans la cavité de ce viscère, et glissés entre ses parois et le corps qu'on se propose d'extraire.

On ne doit pas toujours attribuer le renversement de la matrice qui suit l'accouchement à l'impéritie de l'opérateur. Cet accident arrive souvent, quelque précaution que l'on prenne, soit parce que les femmes font des efforts trop violens pour se délivrer, soit parce que le placenta est épais et lourd, soit enfin par une disposition naturelle dépendante de la matrice, disposition qu'on ne peut prévoir, et à l'effet de laquelle on ne peut s'opposer. Ruisch a vu la matrice se renverser après la sortie de l'arrière-faix, quoique l'accouchement eût été heureux, et que la personne eût été délivrée sans effort. Cette disposition est fort commune aux personues qui ont déjà éprouvé l'espèce de déplacement dont il s'agit. On lit dans Amand qu'une femme qui avait eu un renversement de matrice à sa première couche, et qui en avait été guérie par ses soins, le pria de l'accoucher à sa seconde grossesse. Ce second accouchement aurait été aussi fâcheux que le premier,

si Amand, ayant trouvé la matrice disposée à se renverser, n'eût introduit la main dans la cavité de ce viscère, pour décoller le placenta avant d'en faire l'extraction.

Outre les causes de renversement qui sont relatives à l'accouchement, il y en a d'autres qui n'y ont aucun rapport. Celles-ci ont été ignorées long-temps. Ruisch, Mauriceau, Lamotte croyaient encore que le renversement de la matrice ne pouvait avoir lieu que lors de l'extraction du placenta, ou peu de temps après. Ce déplacement leur semblait impossible dans toute autre circonstance, tant parce que la matrice a beaucoup d'épaisseur et de solidité, que parce que le col de ce viscère est fort étroit, et que son orifice est extrêmement resserré. Cependant il est prouvé, par beaucoup de faits, que cette maladie peut dépendre de causes internes, et survenir indifféremment aux femmes qui n'ont point eu d'enfans, et à celles qui viennent d'en mettre au monde. Les polypes utérins peuvent être mis au nombre de ces causes. Comme leur pédicule est implanté vers le fond de la matrice, et qu'il y est fort adhérent, lorsque ce viscère est d'une contexture lâche et molle, ils l'entraînent d'autant plus aisément, que l'action qu'ils exercent sur lui, et qui dépend de leur pesanteur, est continue et uniforme. On peut aussi y mettre les pertes de sang auxquelles les femmes sont si sujettes, tant parce qu'elles relâchent le tissu de la matrice,

que parce qu'elles sont ordinairemens accompagnées de douleurs vives qui excitent le diaphragme et les muscles du bas-ventre à se contracter, et à agir sur ce viscère avec toute la force dont ils sont capables.

Lorsque le renversement de la matrice a lieu après l'accouchement, il y a des signes auxquels il est facile de le reconnaître. La matrice, qui est dans sa situation naturelle, se présente dans la région hypogastrique sous la forme d'une tumeur ronde et circonscrite ; mais lorsqu'elle est enfoncée et retournée sur elle-même, cette tumeur ne s'y trouve plus, et on ne sent au lieu qu'elle a coutume d'occuper qu'un vide sur lequel on peut fonder ses soupçons, jusqu'à ce qu'ils soient vérifiés par le toucher immédiat. Si le renversement est incomplet, ce toucher fait apercevoir dans le vagin une tumeur qui a la forme d'un segment de sphère presque égale à sa superficie, et entourée par le col de la matrice comme par une espèce de bourrelet autour duquel il est aisé de promener l'extrémité du doigt, soit qu'on le porte entre ce bourrelet et la tumeur, ou entre ce même bourrelet et le vagin. Si le renversement de la matrice est complet, on trouve dans le vagin, et quelquefois hors des parties naturelles et entre les cuisses de la malade, une tumeur irrégulièrement ronde, sanglante, dont la surface est unie, et qui est suspendue par un collet autour duquel se trouve un bourrelet formé par l'orifice de ce viscère. Dans

le renversement incomplet, les malades ressentent des douleurs aiguës dans les aines et dans les reins, une pesanteur incommode à la région hypogastrique, et un ténesme qui, les forçant à faire de violens efforts, précipite la matrice de plus en plus, et la renverse absolument. Il se joint souvent à ces symptômes une perte de sang plus ou moins abondante. Mais lorsque le renversement est complet, les douleurs sont plus vives, la perte de sang plus considérable, et les malades éprouvent des faiblesses qui sont quelquefois suivies de sueurs froides, de convulsions et de délire.

La réduction est le seul moyen par lequel on puisse espérer de calmer les symptômes dont on vient de parler. Elle doit être d'autant plus prompte, que ces symptômes sont plus pressans, et le moindre délai pourrait être fort préjudiciable. Quelques femmes périssent en peu d'heures, et si elles résistent davantage, la réduction devient très-difficile, parce que la matrice et son col se resserrent de plus en plus. Quelques-uns proposent de se garnir les doigts avec des bandelettes de linge fin avant d'y procéder. Ils craignent sans doute que la matrice ne soit endommagée dans les différens mouvemens qu'il faut faire pour la replacer en son lieu. Mais, outre que cette crainte est chimérique, puisque ce viscère se consolide aisément lorsqu'il a été excorié par quelque cause que ce soit, il est évident que les doigts présentent une surface assez

égale pour ne pas craindre qu'ils fassent une impression fâcheuse. D'ailleurs on aurait moins de facilité par ce procédé, qui prive celui qui opère de l'avantage du toucher, et qui empêche de sentir les progrès de l'opération. La manière de la faire ne peut être fixée par des préceptes. Il faut se conduire d'après les circonstances, et ne pas se rebuter par les difficultés qu'elle présente, tant que les forces des malades paraissent y suffire. Si des attouchemens indiscrets avaient excité de l'irritation, et fait naître dans la partie plus d'engorgemens que le mal même n'a coutume d'en produire, il serait bon de préparer le succès de l'opération par des saignées, des bains, des applications émollientes, des calmans, enfin par tous les moyens capables de procurer du relâchement.

Lorsque le renversement de la matrice est complet, et que la réduction n'a pas été faite à temps, il faut chercher à calmer le spasme et les douleurs que cet accident a fait naître, et attendre ce que la nature peut opérer en faveur des malades. Beaucoup périssent. Quelques-unes survivent avec des pertes fréquentes qui se terminent par la cachexie, et avec un sentiment de gêne et de pesanteur très-incommode. J'en ai vu deux dont la matrice était déplacée depuis plus de six mois, et qui pouvaient vaquer aux soins de leur ménage, et on m'a assuré que plusieurs portaient cette maladie depuis plusieurs années.

Une des suites les plus fâcheuses qu'elle puisse

avoir, c'est d'être suivie d'un engorgement inflammatoire si considérable, qu'il est à craindre qu'il ne se termine par la gangrène. On a proposé dans ce cas de faire l'extirpation de la matrice. Les succès qu'on a obtenus de cette opération ne sont point avantageux. La plupart des femmes à qui on l'a faite sont mortes. Il n'est cependant pas impossible qu'il en échappe quelques-unes. On voit un exemple de sa réussite dans le traité des liqueurs de Vieussens. Une femme âgée de trente ans, exposée à des travaux rudes, eut un relâchement de la matrice qui lui sortit hors des parties naturelles sous la forme d'une tumeur ronde, de couleur rouge et grosse comme les deux poings, que Vieussens et plusieurs autres jugèrent être un renversement de la matrice. D'autres consultans dirent qu'elle était faite par le renversement du vagin. Cette différence d'avis n'empêcha pas qu'ils ne convinssent qu'il fallait lier la tumeur le plus haut possible, et couper au dessous de la ligature, parce que sa grosseur extraordinaire et son excessive sensibilité ne permettaient pas d'en faire la réduction. Lorsque cette opération eut été faite, l'examen de la partie ne permit plus de douter que ce ne fût la matrice renversée en dehors, extrêmement gonflée, et sortie du corps par son trop grand relâchement. Les règles se supprimèrent pendant neuf à dix ans; mais elles se rétablirent pendant quatre à cinq autres. La santé de la malade

étant fort affaiblie, elle mourut d'une inflammation d'entrailles. Son corps fut ouvert le lendemain en présence du plus grand nombre des médecins et des chirurgiens qui avaient été consultés lors de son opération. On vit alors que la plaie faite à la matrice était parfaitement cicatrisée, et qu'il n'était resté de cet organe qu'une portion de son col, qui était dure et calleuse.

L'unique raison qui eût déterminé à faire l'extirpation de la matrice, fut qu'elle était extrêmement engorgée. Il eût été possible de la ramener à un état tel, que les incommodités qui devaient résulter de son renversement fussent supportables. On aurait évité à la malade une opération douloureuse, et qui lui a fait courir les plus grands dangers. S'il y avait menace de gangrène, ou que cette terminaison eût lieu, quel parti faudrait-il prendre? Celui de calmer les accidens et de favoriser la chute des eschares, ou celui de les prévenir par des applications convenables. Rousset nous a conservé un exemple de la réussite de ce procédé, dans un cas qui mérite d'être rapporté. Une femme, aussi livrée à des travaux pénibles, eut un renversement de la matrice, dont les progrès furent assez lents, et tels qu'on pouvait la réduire; le mal augmenta avec le temps, et il devint si considérable, que la réduction de la tumeur fut impossible. Cette tumeur, d'où il suintait continuellement une sanie abondante, et que les

frottemens et les alluvions d'urine auxquelles elle était continuellement exposée, excoriaient, causaient beaucoup d'incommodités à la malade. On ne put douter qu'elle ne fût faite par la matrice renversée, parce qu'on lui voyait fournir, au temps des règles, des gouttes de sang qui suintaient de divers endroits de sa surface. Six ans après, elle augmenta beaucoup de volume, prit une couleur livide, et se couvrit d'eschares qui déterminèrent Rousset à proposer d'en faire l'extirpation. La malade s'y opposa. Mais un jour qu'elle rendait ses urines, elle sentit cette masse dont le pédicule allongé était devenu fort mince, se détacher en entier. Des gens de l'art, qui étaient à portée de l'examiner, reconnurent qu'elle était véritablement faite par la matrice. La malade se rétablit et reprit ses occupations ordinaires. Trois ans après elle mourut. Rousset, curieux de voir quel était l'état de ses viscères, se procura la facilité d'en faire l'ouverture, quoiqu'elle fût inhumée depuis trois jours. Il trouva que la matrice manquait entièrement, et que le lieu qu'elle a coutume d'occuper était rempli par des portions d'intestins grêles. Le manche du scalpel dont Rousset faisait usage, introduit dans la partie la plus profonde du bassin, sortit par les parties naturelles sans éprouver d'obstacle; ce qui lui donna la plus entière conviction, non-seulement que c'était la matrice même qui s'était détachée, mais encore que son col était de-

meuré ouvert à la partie supérieure du vagin : aussi la malade se plaignait-elle, depuis son accident, d'un froid extraordinaire dans le ventre, lorsque l'air était moins chaud qu'à l'ordinaire, et lorsqu'elle n'avait pas eu le soin de se garnir.

On ne s'est pas contenté de proposer l'extirpation de la matrice lorsqu'elle est entièrement renversée, douloureuse, et qu'elle ne peut plus être réduite à cause du resserrement de son col ; beaucoup ont cru que cette opération serait utile dans le cas de chute complète de ce viscère, lorqu'il y a une grande tuméfaction, et que la tumeur paraît menacer de gangrène. Ils ont rapporté des exemples que l'on croirait favorables au succès de cette opération, si on ne savait quelle a pu être la cause de leur méprise. Des polypes qui naissent du fond de la matrice prennent souvent un volume assez considérable pour ne pouvoir plus être contenus au dedans des parties naturelles; ils peuvent être extirpés sans inconvénient au moyen de la ligature, et ils le sont toujours avec avantage pour les malades. Il est vraisemblable que ce sont des tumeurs de cette espèce qui en ont imposé, et qui ont été prises pour des déplacemens de la matrice ; autrement les succès obtenus n'auraient pas été constans, ou plutôt les femmes auxquelles on a cru avoir extirpé ce viscère auraient péri. On doit effectivement penser que la matrice ne peut tomber ou être chassée au dehors sans en-

traîner le vagin auquel tient la vessie en devant et le rectum en arrière, et que ce canal renversé doit former un cul-de-sac dans lequel il est possible qu'il s'engage quelque portion d'intestins, sans parler des trompes et des ovaires qui doivent suivre la matrice, et qui reçoivent des vaisseaux sanguins d'un fort gros calibre. Tel est le jugement que les praticiens les plus sensés ont porté de l'extirpation de la matrice tombée ou précipitée. Il y en a même plusieurs, tels que Kerkring, Roonhuisen, et surtout Job à Méekren, qui ont cru que la matrice ne pouvait jamais se déplacer au point de sortir par les parties naturelles, et que par conséquent on ne peut en avoir fait l'extirpation dans cette circonstance; mais ils se sont manifestement trompés sur la possibilité de la chute de la matrice, laquelle arrive assez souvent aux femmes non enceintes, et à celles qui le sont. On peut consulter à ce sujet Job à Méekren, chap. 54, lequel a pour titre : *De procidentiâ uteri falsâ;* et une observation de Jean-Guillaume Widman, intitulée : *De vaginæ rugosâ procidentiâ, verum uteri corporis prolapsum referente.* Ephémérides des Cur. de la Nat. obs. 98.

S'il est aisé de reconnaître le renversement de la matrice qui se fait peu de temps après l'accouchement, il n'en est pas de même de celui qui arrive dans toute autre circonstance, quoiqu'il présente les mêmes signes; car, comme il est plus rare et inat-

tendu, il est fort aisé de s'y méprendre. Ce renversement se fait pour le plus souvent par degrés, et ne devient jamais complet. L'attention la plus légère suffit pour le distinguer d'avec les polypes utérins, avec lesquels on l'a quelquefois confondu. En effet, le polype a toujours un pédicule plus ou moins étroit; il est peu sensible, et n'est pas susceptible de réduction; au lieu que la matrice forme une tumeur demi-sphérique, quelquefois un peu allongée, mais plus grosse à son principe qu'à son extrémité, qu'elle est toujours sensible, et qu'elle se réduit assez facilement. La réduction est encore le seul moyen auquel on doive avoir recours, soit que le renversement ait été causé par le poids d'un polype, soit qu'une perte de sang y ait donné lieu; mais elle est inutile lorsqu'il vient d'un embonpoint fort considérable. Sa cause, toujours subsistante, déplacerait bientôt la matrice comme auparavant. Dans ce cas, il faut se contenter de mettre un pessaire à la malade, moins pour s'opposer au progrès du renversement, que pour soutenir en quelque sorte le poids des viscères du bas-ventre, qui force la matrice à descendre dans le vagin, en même temps qu'il pousse son fond à travers son orifice.

De la Rétroversion de la matrice.

Il y a rétroversion de la matrice, lorsque le fond de ce viscère, entraîné par sa pesanteur, et poussé

de haut en bas par l'action du diaphragme et des muscles du bas-ventre, s'engage entre le sacrum et la paroi postérieure du vagin, pendant que son col se porte du côté de la jonction des os pubis. Cette espèce de déplacement n'a commencé à être connue que depuis le milieu du siècle dernier. Grégoire, membre du Collége de Chirurgie de Paris, est le premier qui en ait parlé dans les leçons particulières qu'il donnait sur l'art des accouchemens. Walter Wal, chirurgien anglais, qui l'avait suivi, ayant cru reconnaître la maladie dont il s'agit sur une femme enceinte de quelques mois, fit appeler Hunter le médecin, afin qu'il l'aidât de ses conseils. Les soins qu'ils donnèrent à la malade n'eurent aucun succès. Cette femme, attaquée de constipation et de rétention d'urine opiniâtre, mourut le huitième jour. On lui avait trouvé dans le bassin une tumeur volumineuse qui le remplissait en entier, et qui appliquait le vagin aux os pubis. Cette tumeur n'avait pu être repoussée dans le ventre, quoiqu'on eût fait mettre la malade sur les genoux et les coudes, et qu'on lui eût introduit une main dans le vagin, et deux doigts de l'autre dans le rectum. On fut curieux de voir quel était l'état des choses. L'ouverture du corps montra que la vessie, excessivement pleine d'urine, remplissait presque toute la partie antérieure du bas-ventre, comme la matrice la remplit pendant le dernier mois de la grossesse. Lorsqu'elle eut été vidée, la

partie de cette poche membraneuse à laquelle les uretères viennent aboutir, et qui tient au vagin et au col de la matrice, se trouva relevée jusqu'au niveau du détroit supérieur du bassin par une large tumeur qui en remplissait entièrement la cavité, et qui n'était autre chose que la matrice. Un cathéter poussé dans le vagin soulevait ce viscère et le sommet de la tumeur. Ce sommet sur lequel posait la vessie, était formé par le col de la matrice, pendant que le fond de ce viscère était tourné en en bas vers le coccyx et vers l'anus. Il avait acquis un tel volume, et il était si fortement engagé dans le bassin, qu'on ne put l'en tirer qu'après avoir coupé la symphyse des os pubis, et après avoir écarté les deux os innominés. On ne pouvait dire quelle était la cause de ce déplacement, la malade n'ayant point fait d'effort ni de chute, et n'ayant éprouvé qu'une peur à la suite de laquelle elle avait commencé à être incommodée.

Hunter, frappé de la singularité de cette maladie, a cru devoir exciter l'attention des gens de l'art à son sujet, et il en a fait l'objet d'une lecture à ses élèves, au mois d'octobre 1754. Depuis ce temps il a été consulté par plusieurs personnes qui en étaient attaquées, mais d'une manière moins vive. Elles étaient toutes au troisième mois de leur grossesse, et elles ont commencé à être incommodées de difficulté et ensuite de suppression d'urine, puis de constipation. Il a toujours fait vider la vessie par

l'introduction de la sonde et le rectum, par l'usage des lavemens, et il a quelquefois vu que ces moyens réussissaient. La matrice se remettait d'elle-même dans sa position ordinaire. Dans tous les cas, l'accident a cessé de reparaître lorsque la grossesse devenait plus avancée, et que la matrice acquérait de plus grandes dimensions. Le succès n'a pas toujours été le même; lorsque Hunter a été appelé trop tard, les tentatives de réduction ont été infructueuses, et les femmes sont mortes. Il était tellement persuadé de l'impossibilité de sauver les femmes qui étaient dans ce cas, sans employer des moyens extraordinaires, qu'il a pensé qu'on pourrait essayer de diminuer le volume de la matrice, en portant un trois-quarts dans le corps de ce viscère, à travers la paroi postérieure du vagin, pour vider une partie des eaux de l'amnios, dont on sait que la quantité respective est plus grande au commencement de la grossesse qu'à une époque plus avancée. Il serait possible que cette ponction permît de replacer la matrice; mais en même temps il serait extrêmement à craindre qu'elle ne l'excitât à entrer en contraction, et qu'elle ne déterminât l'expulsion prématurée de l'enfant. On n'aurait rien de semblable à craindre de la ponction faite à la vessie au dessus du pubis, laquelle, offrant un libre cours aux urines qu'elle contient, mettrait toutes les parties à l'aise, et pourrait rendre la réduction de la matrice plus facile.

Jean Linn, chirurgien au comté de Suffolk, a vu la vessie se rompre et les urines se répandre dans le ventre à la suite de la rétroversion de la matrice, parce que la malade ne voulut pas permettre qu'on lui vidât la vessie par cette opération. Cette femme, âgée de quarante ans, d'une constitution lâche, mère de plusieurs enfans, et enceinte depuis quatre mois, eut d'abord un renversement de vagin auquel elle était sujette depuis long-temps. Il y avait peu de jours que la tumeur était réduite, lorsque, ayant fait un faux pas, elle sentit quelque chose se déranger dans son ventre, et lui tomber vers le bas du dos. Elle fut attaquée sur-le-champ de constipation, de rétention d'urine, de nausées et de douleurs dans le ventre. Les moyens qui furent employés n'ayant pas produit de soulagement, Linn soupçonna une rétroversion de la matrice, et porta les doigts dans le vagin pour s'en assurer. Il fut arrêté par une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, laquelle occupait la partie postérieure de ce conduit, et descendait jusqu'au périnée. Le déplacement de la matrice bien connu, il voulut la réduire. La malade fut mise en diverses positions, et l'on introduisit les doigts de l'une des mains dans le vagin, et ceux de l'autre dans le rectum. L'usage de la sonde ne fut pas oublié, mais on ne put la pousser assez avant pour atteindre jusqu'au siége des urines. Les lavemens étaient arrêtés dès l'entrée du rectum. Il y avait une tension

excessive au ventre, et surtout à la région qu'occupe la vessie. On lui proposa d'y faire la ponction ; mais elle s'y refusa, et dit qu'elle aimait mieux subir le sort dont elle était menacée. Le septième jour de sa maladie elle était extrêmement affaiblie ; il lui survint des nausées et des hoquets, précurseurs de la gangrène qui devait avoir lieu. Elle sentit enfin quelque chose crever dans son ventre. Le calme qui succéda ranima son espérance ; mais ce ne fut pas pour long-temps ; car, après s'être délivrée de l'enfant qu'elle portait, elle tomba dans un grand accablement, et elle mourut le lendemain au matin. On trouva, à l'ouverture de son corps, que la vessie, gangrenée dans quelques points de son étendue, s'était crevée, et que les urines s'étaient répandues dans le ventre à la quantité de dix litres.

On peut conclure de ces faits que la rétroversion de la matrice est une maladie excessivement dangereuse ; mais elle n'est pas toujours mortelle, surtout lorsque la personne est à portée de recevoir des secours avant que le mal ait fait beaucoup de progrès. Elle n'a lieu que pendant les premiers mois de la grossesse, et chez les femmes en qui le bassin est fort évasé, pendant que son détroit supérieur est resserré. Si la matrice qui l'occupe alors vient à y être retenue par une grande distension de la vessie, et qu'elle soit pressée contre les parois osseuses de cette cavité, pendant qu'elle écarte celles qui sont

molles, elle s'y trouve en quelque sorte enclavée, et ne peut plus changer de position. Ce viscère, devenu immobile, exerce sur les parties voisines une pression qui réagit sur lui, et qui attire des maux incalculables. Les premiers soins qu'il faille donner aux femmes attaquées de ce genre de déplacement doivent tendre à procurer la sortie des urines et des gros excrémens, et à obtenir du relâchement par tous les moyens connus. Enfin on doit se hâter de tenter la réduction en faisant prendre une situation favorable, et en exerçant des pressions méthodiques par le rectum et par le vagin. Si on est assez heureux pour y parvenir, on fait garder le lit, on procure la liberté du ventre, on conseille de céder aux premiers besoins de rendre les urines, on recommande d'éviter tout effort, et l'on attend que l'augmentation de volume qui doit arriver avec le temps empêche la matrice de retomber dans le petit bassin.

Du Renversement du vagin.

Le renversement du vagin a divers degrés auxquels on donne le nom de relâchement, de descente et de chute, suivant que cette partie descend plus ou moins bas. Il n'est pas formé par le renversement de toutes ses tuniques, comme celui de la matrice l'est par celui de la totalité des parois qui en font l'épaisseur, et qui se retournent comme un doigt de gant. Celle qui est intérieure est la seule

qui se déplace, en vertu de l'engorgement qui s'y forme et de l'épaisseur qu'elle acquiert. Le renversement du vagin se présente sous la forme d'un bourrelet irrégulièrement plissé, au milieu et au fond duquel on trouve le col de la matrice descendu plus bas qu'à l'ordinaire. Ce bourrelet augmente ou diminue, selon que la malade se tient debout ou couchée pendant quelque temps; il est accompagné d'un sentiment de pesanteur à la région hypogastrique, de ténesme, et de difficulté d'uriner occasionnée par le changement de direction du canal de l'urèthre.

Tel est le renversement du vagin dans ses commencemens; mais, lorsqu'il est ancien, et que les malades sont restées long-temps sans secours, l'engorgement de la tunique intérieure de ce canal augmente de plus en plus; la tumeur qu'elle forme devient plus considérable, et cette tumeur s'allonge et se durcit. Dans cet état, elle conserve encore à sa partie inférieure une ouverture par laquelle on voit se faire les écoulemens ordinaires. Les incommodités que les malades éprouvent sont les mêmes que celles que produit la descente de la matrice, avec laquelle ce déplacement à beaucoup de ressemblance. Il en diffère cependant, en ce que la tumeur formée par la descente de matrice est dure et terminée par une extrémité étroite, d'autant plus semblable à un museau de tanche auquel on l'a com-

parée, que l'on y voit une ouverture longuette et disposée en travers; au lieu que la tumeur que présente la descente du vagin est molle, plus épaisse en bas qu'ailleurs, et que l'ouverture qui s'y remarque est irrégulière.

Lorsque ce déplacement est récent, il est facile de réduire le vagin, et de le contenir avec un pessaire : mais, lorsqu'il est ancien, il n'est pas aisé d'en faire la réduction ni de prévenir le retour du mal. Il faut employer les adoucissans et les relâchans, et surtout faire garder le lit à la personne incommodée, pour détendre les parties, et empêcher qu'elles ne continuent de se porter au dehors, en faisant porter un bandage à ressort, dont un des bouts tient à une ceinture, pendant que l'autre vient appuyer sur une éponge qui a été placée à l'entrée du vagin.

L'engorgement de la tunique interne de ce canal replié sur lui-même augmente quelquefois à un point tel, que la tumeur qui en résulte tombe en mortification. Plusieurs conseillent de l'extirper. Ils se fondent sur l'autorité de quelques praticiens distingués, et sur le peu de danger dont cette opération doit être suivie. S'il était possible de discerner le renversement du vagin parvenu à cet état d'avec la chute de la matrice, le procédé dont il s'agit serait le plus prompt et le plus sûr. L'incertitude où l'on est à cet égard doit engager à s'abstenir de

toute opération, parce qu'elle ferait courir des risques excessifs à la malade, si elle portait sur la matrice. Il vaut mieux s'en tenir à l'administration des médicamens tant internes qu'externes dont on a coutume de se servir pour fixer la gangrène, et attendre que les parties qui en sont attaquées se détachent d'elles-mêmes.

De la Chute du fondement.

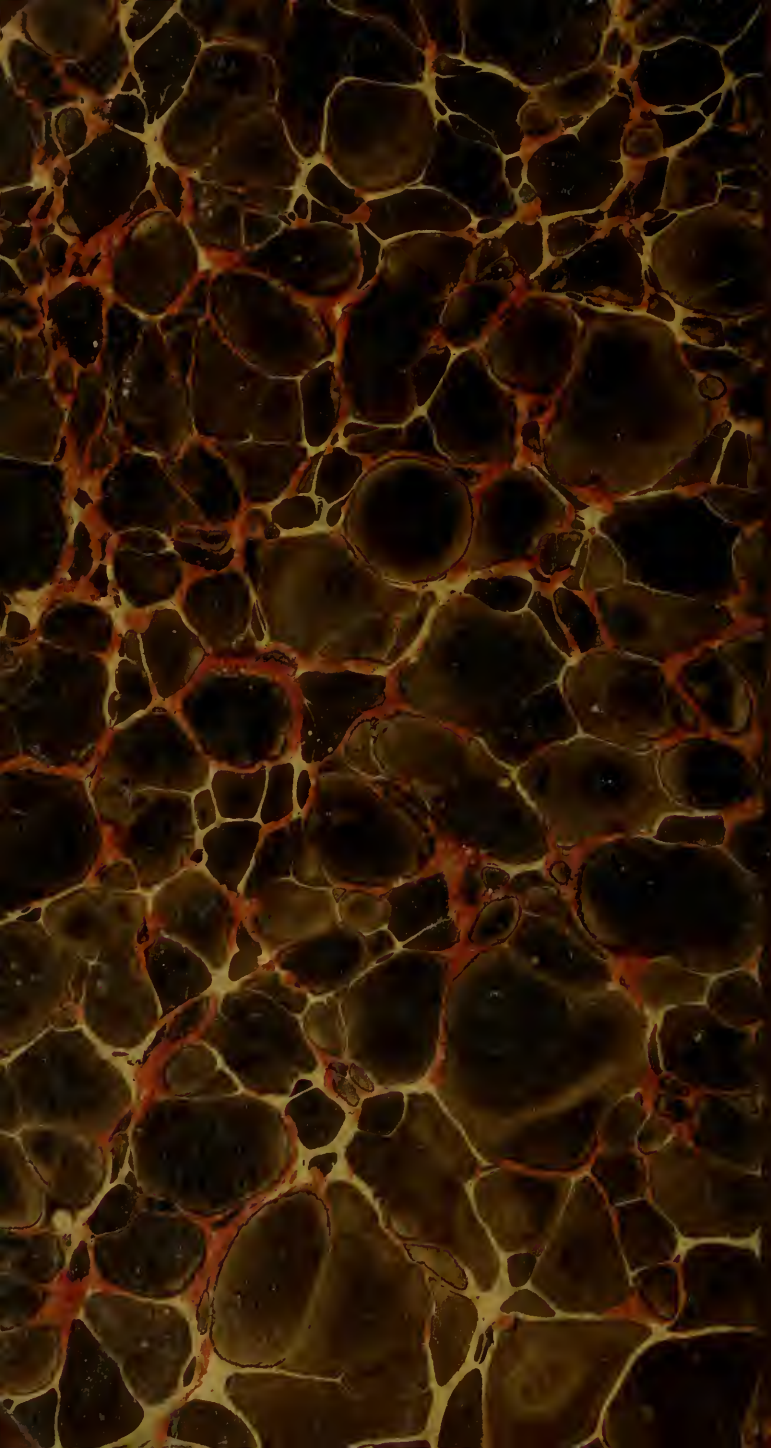
La chute du fondement est une indisposition très-commune aux enfans, mais qui arrive assez souvent à des personnes avancées en âge. On y remédie assez aisément, en faisant coucher la personne incommodée à la renverse, les jambes et les cuisses fléchies et le bassin élevé, et en poussant avec les doigts la portion d'intestin de bas en haut et de devant en arrière. Il est plus difficile de prévenir le retour du mal. On emploie dans cette vue des lotions d'eau froide, ou des lotions astringentes, dont on proportionne l'activité au besoin; une compression soutenue sur le fondement avec une éponge trempée dans une de ces lotions, couverte d'un linge fin pour qu'elle ne blesse pas, et soutenue par un bandage en T, ou par un bandage mécanique, dont la pelote soit soutenue par des courroies qui puissent s'allonger ou se raccourcir, pour s'accommoder aux mouvemens de la personne incommodée; ou par des suppositoires pré-

parés avec le savon, auquel on ajoute quelque substance astringente, telle que l'écorce de chêne, la noix de galle, le sulfate d'alumine, et autres. Il est rare qu'on soit obligé d'employer ces moyens, ou d'insister sur leur effet sur des enfans encore jeunes. Il suffit de leur recommander de ne pas faire d'efforts quand ils vont à la garde-robe, de leur tenir le ventre libre avec des lavemens, de ne pas permettre à l'intestin déplacé de rester trop long-temps dehors, et d'user de lotions froides.

Lorsqu'après avoir commencé dès l'enfance, la chute du rectum se prolonge jusqu'à l'âge adulte, lorsque cette incommodité survient à des personnes d'un âge fait, aucun des moyens dont il vient d'être parlé n'est trop actif, et souvent le mal les élude. J'ai connu des personnes qui ne pouvaient se tenir long-temps sur leurs jambes, ou faire quelque chemin à pied, sans que le rectum leur tombât. J'en ai vu sur qui cet intestin formait un bourrelet surmonté de sacs hémorroïdaux desquels il suintait une sérosité âcre et corrosive qui rougissait et excoriait les parties voisines, ou une quantité de sang considérable. Un des grands de l'Etat avait été obligé de garder le lit pendant huit à dix ans. Une célèbre actrice perdait journellement deux ou trois palettes de sang, ce qui l'avait conduit à un état de cachexie qui faisait craindre pour sa vie. Tous deux ont été guéris par la rescision de la partie la plus saillante du bour-

relet formé par le rectum, faite avec des ciseaux courbes sur leur plat, après qu'on eut soulevé ces parties saillantes avec des pinces ou avec une airigne. On aurait pu craindre une hémorragie grave qui cependant n'eut pas lieu. C'est pour cela que l'opération hardie dont je viens de parler a été rarement pratiquée, et par peu de personnes. Peut-être réussirait-on aussi-bien en entamant le bourrelet hémorroïdal avec un cautère en forme de couteau rougi au feu. Du moins on n'aurait pas d'hémorragie à craindre, et on pourrait de même compter sur le dégorgement de la partie malade, et sur son resserrement, de manière qu'elle ne pût se déplacer de nouveau.

Il est bien probable que, dans un très-grand nombre de cas, la tumeur qui résulte de la chute du rectum n'est faite que par la tunique intérieure de cet intestin, qui est poussée ou entraînée au dehors par les causes qui déterminent cette chute. Mais il est possible qu'il se fasse quelquefois une invagination d'une partie intestinale dans celle qui aboutit à l'anus, et qu'il arrive au rectum ce qui arrive à un gant ou à un bas qu'on retourne sur eux-mêmes. J'ai vu à des enfans des chutes de rectum si volumineuses, que je pensais qu'elles étaient faites par des invaginations de l'espèce de celles dont je viens de parler. On sait d'ailleurs que cette invagination a quelquefois lieu, non peut-être au rectum, mais dans toute autre partie du canal intestinal, et que

les sujets à qui cela est arrivé, après avoir éprouvé les symptômes les plus fâcheux, ont rendu par le fondement des portions d'intestin repliées sur elles-mêmes, qui s'étaient séparées du reste du canal intestinal. Ces faits pourraient paraître incroyables : mais ils sont exposés avec tant d'exactitude, et ils se ressemblent tellement, quoique observés par différentes personnes, qu'on ne peut douter qu'ils ne soient vrais. Toutes les connaissances médicales échouent contre des maladies aussi extraordinaires, et leur guérison, quand elle a lieu, n'est due qu'à la nature, dont on ne peut assez admirer les ressources infinies.

FIN DU TOME SECOND.